

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Denise BARÉ

Née le 16 Octobre 1925 à Mont-Saint-Aignan (S.-&-M.)

Présentée et soutenue publiquement le 20 Mai 1958

**Des conditions de sortie
et du pronostic des rechutes
chez les malades mentaux**

Président : M. Jean DELAY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON ET C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : BARE

Prénom : DENISE

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

BARE (DENISE). — Des conditions de sortie et du pronostic des rechutes chez les malades mentaux. — Paris, Imp. R. Foulon, 1961, in-8°, 56 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1961, N°).

BARE (DENISE). — Des conditions de sortie et du pronostic des rechutes chez les malades mentaux. — Paris, Imp. R. Foulon, 1961, in-8°, 56 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1961, N°).

BARE (DENISE). — Des conditions de sortie et du pronostic des rechutes chez les malades mentaux. — Paris, Imp. R. Foulon, 1961, in-8°, 56 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1961, N°).

BARE (DENISE). — Des conditions de sortie et du pronostic des rechutes chez les malades mentaux. — Paris, Imp. R. Foulon, 1961, in-8°, 56 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1961, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Denise BARÉ

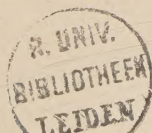
Née le 16 Octobre 1925 à Mont-Saint-Aignan (S.-&-M.)

Présentée et soutenue publiquement le 20 Mai 1958

**Des conditions de sortie
et du pronostic des rechutes
chez les malades mentaux**

Président : M. Jean DELAY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON ET C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1958



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN. Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie.	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale.	JAYLE (M.-F.)
» » (Prof. à titre personnel).	ETTORI (J.)
» » (Prof. à titre personnel).	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports.	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Prof. à titre personnel).	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)... .. .	MOUQUIN (M.)
Beaujon	SICARD (A.)
Cochin	N...
Hôtel-Dieu.	PATEL (J.)
Pitié.	CORDIER (G.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière.	MOULONCUE (P.)
Tenon.	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades).	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin).	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais).	GAUDART-D'ALLAINES (F. DE)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec).	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié).	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades).	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)... .. .	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)... .. .	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)... .. .	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard).	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)... .. .	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	N...
Boucicaut.	LENÈGRE (J.)
Broussais.. .. .	SOULIÉ (P.)
Cochin.	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cochin.	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu.	BARIÉTY (M.)
Pitié.	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine.. .. .	KOURILSKY (R.)

Clinique médicale d'hygiène thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	DE GENNES (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	} Baudelocque Foch (Suresnes)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	MERGER (R.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	VARANGOT (J.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	RENARD (G.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	AUBRY (M.)
Clinique de pneumo-ptisiologie (Laënnec)	LELONG (M.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MARIE (J.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	BERNARD (E.)
Clinique stomatologique (Pitié)	MICHAUX (L.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	DECHAUME (M.)
Clinique urologique (Cochin)	N...
Embryologie	LEMAIRE (A.)
» (Prof. à titre personnel)	N...
	GIROUD (A.)
	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	DE SÈZE (S.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
» » (Prof. à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
» (Prof. à titre personnel)	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
» » (Prof. à titre personnel)	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (F.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
» (Prof. à titre personnel)	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	BINET (L.)
» (Prof. à titre personnel)	BARCETON (D.)
» (Prof. à titre personnel)	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
» » (Prof. à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LÉGER (L.)
Thérapeutique	CONTE (M.)

	MM.		MM.
Anatomie	{ CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)	Anatomie pathologique . .	BUSSER (F.) GOUYCOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anatomie pathologique . .	{ GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) <i>pr. s. ch.</i>	Anesthésiologie. .	VOURCH (G.)

MM.

Bactériologie.	{	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale.	{	DESCREZ (P.) <i>pr. s. ch.</i> POLONOVSKI (J.) <i>m. conf.</i>
Biologie appl. à l'Educat. phys. et aux Sports.	{	PLAS (F.)
Carcinologie.	{	DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato- Syphiligraphie . . .	{	DUPERRAT (B.)
Electro- Radiologie.	{	LEDoux-LEBARD (G.)
Hématologie	{	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie.	{	COUJARD (R.) <i>pr. s. ch.</i> MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie.	{	CORNET (A.)
Hygiène.	{	BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> CORRE-HURST (M ^{me} L.)
Maladies infectieuses.	{	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	{	DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail.	{	ALBAHARY (C.)
Neurologie.	{	LHERMITTE (F.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Obstétrique.	{	BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Ophthalmologie. . . .	{	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Orthopédie.	{	
Oto-rhino- laryngologie	{	DEBAIN (J.)
Parasitologie	{	CHABAUD (A.) BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.)
Pathologie chirurgicale.	{	

MM.

Pathologie chirurgicale.	{	LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	{	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale. . . .	{	GROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) RICHET (G.)
	{	AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.) <i>m. conf.</i> CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PÉQUIGNOT (H.) <i>pr. s. ch.</i> ROYER (P.) WOLFFROMM (R.)
Pathologie médicale.	{	
Pédiatrie- Puériculture.	{	JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)
Pharmacologie.	{	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	{	DEJOURS (P.)
Physique médicale.	{	GOUCEROT (L.) <i>m. conf.</i> <i>pr. s. ch.</i> KELLERSHOHN
Pneumo- Phtisiologie.	{	KREIS (B.)
Psychiatrie.	{	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile.	{	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie	{	DELBARRE (F.) CERNÉA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) <i>m. conf. agr.</i> GRELLET (M.)
Stomatologie.	{	
Thérapeutique. . . .	{	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie.	{	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
Anatomie.	DEBEYRE	Clinique obstétricale . . .	{ GRASSET (J.) MAYER (M.) RAVINA (J.)
Clinique chirurgicale. . . .	{ ABOULKER (P.)	Clinique	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
	{ AMELINE (A.) <i>pr. s. ch.</i>		
	{ HUGUIER (J.)	Clinique ophtalmologique	{ MADURO (R.)
	{ OLIVIER (C.)	Clinique O.R.L. . .	{ LAPLANE (R.)
	{ PADOVANI (P.)	Clinique pédiatrique et puériculture. .	{ BARUK (H.)
	{ POILLEUX (F.)	Clinique psychiatrique. . .	{ KUSS (R.)
Clinique médicale.	{ ROUX (M.)	Clinique urologique.	{ GAULTIER
	{ VERNE (J.-M.)	Médecine légale. . .	
	{ DOMART (A.)		
	{ PERRAULT (M.)		
	{ RAMBER (P.)		
	{ THIEFFRY (S.)		

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie.. . . .	HAUDUROY (P.) <i>prof. sans chaire</i>
Pathologie chirurgicale.	RUDLER (J.) <i>prof. sans chaire</i>

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté.	M. LENA (J.)
Secrétaires.	{ M ^{me} BEURLAND (H.)
	{ M ^{lle} CHAINTREUIL (G.), M ^{me} ROCHE (L.)
Conservateur en Chef.	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur.. . . .	M ^{lle} DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires.	{ M ^{mes} CONTET (J.), FORGET (F.), M ^{lles} LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551516_0066

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN DELAY

Professeur de la Chaire de clinique des Maladies mentales

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Directeur de l'Institut de Psychologie

Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde gratitude.

A la mémoire de
MONSIEUR LE DOCTEUR ROGER GOT
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

*Ce travail que j'eusse souhaité lui soumettre.
Témoignage de ma profonde reconnaissance
pour son exemple et son précieux ensei-
gnement.*

A MADAME LE DOCTEUR AMADO-HAGUENAUER

Témoignage de ma profonde gratitude.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A L'ECOLE DE MEDECINE DE ROUEN

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIERRE JOUANNEAU

Professeur de Clinique chirurgicale,
Chirurgien de l'Hospice général.

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. POTEZ

Professeur de Clinique Médicale.

MONSIEUR LE DOCTEUR DESSAINT

MONSIEUR LE DOCTEUR DELAPORTE

A NOS MAITRES
DANS LES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

MADAME LE DOCTEUR H. BONNAFOUS-SÉRIEUX

*Pour la grande bienveillance et l'intérêt
qu'elle nous a témoignés pendant toutes nos
études.*

MADemoiselle LE DOCTEUR OWSIANIK

*Avec mes très respectueux remerciements
pour l'aide qu'elle nous a apportée pendant
notre séjour dans son service.*

MONSIEUR LE DOCTEUR BORENSTEIN

*Pour m'avoir appris à élargir mes connais-
sances et les établir sur une base neuro-
physiologique solide en témoignage de ma
sincère reconnaissance.*

INTRODUCTION

Il nous a paru intéressant d'essayer de préciser dans quelles conditions s'effectue la sortie des malades mentaux, les difficultés rencontrées à cette occasion, la proportion et les causes des rechutes. De quels moyens disposons-nous pour réduire les risques de récurrence, ne peut-on les améliorer, les compléter ?

Pendant longtemps le problème de la sortie des aliénés n'a été envisagé que sous l'angle juridique : il convenait de respecter toutes les dispositions de la loi du 30 juin 1838 et les modalités de sortie n'étaient pas régies par des textes moins minutieux que celles du placement. Les thérapeutiques n'étaient pas inexistantes, mais ni le temps, ni le surpeuplement n'apportaient à précipiter le cours naturel de la maladie ou une évolution favorable.

Maintenant, les traitements les plus divers, d'abord l'insulinothérapie et les électro-chocs, ensuite l'éventail chaque jour plus ouvert des neuroleptiques et tranquillisants de tous ordres, ont accru, de façon considérable, la proportion des sorties de l'H.P., raccourci la durée du séjour sous couvert d'un traitement ambulatoire, peut-être même hâté les rechutes. En ce qui concerne la mélancolie par exemple, n'est-il pas dit que, sous convulsivothérapie, la guérison est plus rapide mais la récurrence plus précoce ?

Enfin, le nombre croissant d'inadaptés se réfugiant à l'H.P. est une lourde charge économique. Sans négliger pour autant des cadres nosographiques plus ou moins stricts, il faut que nous orientions différemment nos conceptions psychiatriques, nous attachant à rechercher, à mettre en valeur, dans chaque malade, des possibilités d'existence, mêmes réduites, hors de l'hôpital. L'effort de réadaptation tenté pour les tuberculeux stabilisés ne peut-il être étendu à tous ceux qui, à un moment ou à un autre de leur vie, ont présenté des altérations plus ou moins aiguës, plus ou moins graves de leur conscience ou de leur personnalité ?

La base de notre étude sera le nombre d'entrées, de sorties et de rechutes, dans un nouveau service fonctionnant depuis

dix-huit mois. Ce service de 240 lits fut formé à l'origine de femmes déjà hospitalisées depuis un temps variable, entre quelques semaines et plusieurs années. Parmi elles, un certain nombre de sorties a pu être effectué. Sans négliger ces cas, ainsi que ceux des malades réintégrées après avoir connu une ou plusieurs hospitalisations antérieures, nous nous sommes attachés surtout à celles qui présentaient pour la première fois des troubles mentaux. En comparant les deux catégories de malades — les récentes et les chroniques — à mesure que notre travail se poursuivait, nous avons été amenées à accorder plus d'importance au temps, qui modifie le cadre familial, généralement dans le sens d'une intolérance, qui atténue les phénomènes délirants ou psycho-sensoriels chez les malades, qui change les conditions sociales. Ainsi les problèmes qui se posent ne sont pas exactement les mêmes pour ces deux sortes de malades.

1° Dans une première partie, nous verrons comment s'effectue la sortie du malade mental. Il existe trois facteurs dont nous nous efforcerons de préciser l'importance respective :

- c'est tout d'abord un facteur familial, qu'il s'agisse des parents, du mari, ou, au contraire, de l'absence de tout cadre affectif ;
- c'est ensuite un facteur social qui peut entraver le reclassement professionnel du sujet, le maintenir dans un état de dépendance, car l'entourage de même que le législateur, a souvent tendance à considérer l'ancien malade comme un enfant. D'autres motifs entrent aussi en jeu : logement insuffisant, chômage, misère ;
- enfin, des facteurs propres au malade, liés à sa personnalité, soit qu'elle ne présente plus aucun phénomène morbide, soit que ceux-ci persistent très atténués, sont d'un intérêt considérable et paraissent bien jouer un rôle déterminant dans le mécanisme des rechutes.

Pour certaines catégories de malades, médico-légaux, arriérés, déments séniles, les difficultés se multiplient car la réaction hostile, l'intolérance de la société viennent renforcer les troubles caractériels ou l'inadaptabilité de ces sujets.

2° Dans une seconde partie, nous étudierons l'attitude du malade en face de ces diverses données, verrons comment aménager les possibilités de sortie dès le début de l'hospitalisation et essayerons en particulier d'approfondir ce qu'il est convenu d'appeler le « vertige de la sortie ».

3° Notre troisième partie envisagera et tentera de préciser les causes des récidives. Certaines malades rechutent-elles plus que d'autres, lesquelles et pourquoi ?

Comment peut-on espérer prévenir ces phénomènes ? C'est tout le problème de l'Hygiène Mentale telle qu'elle fonctionne actuellement : rôle du dispensaire et des assistantes sociales spécialisées, intérêt des consultations de post-cure, mesures à prendre pour augmenter leur efficacité. Il faut tirer parti au maximum de ce qui existe, assouplir ce qui est organisé parfois d'une manière trop administrative, et s'orienter vers une différenciation toujours plus grande des diverses formes d'assistance.

Au terme de cette étude sera-ce trop téméraire de penser que l'hospitalisation ne doit être qu'un moment, de durée aussi brève que possible, dans le traitement, la remise en route et le soutien du malade mental et que, dans nombre de cas, sa place est hors de l'hôpital psychiatrique.

CONDITIONS FAMILIALES

Comment se présente la « constellation » familiale à la sortie du malade mental ? Dans quelle mesure une famille, qui a dû hospitaliser l'un des siens, croit-elle à la guérison ? Si elle se reporte aux troubles parfois spectaculaires, qui ont motivé l'internement, elle trouve une amélioration certes, mais elle garde un certain empressement à rechercher les petits signes qui l'affirment dans sa conviction innée que la folie est une maladie dont on ne guérit pas : c'est une légère apathie, en rapport avec une cure de neuroleptiques, de discrets troubles mnésiques, séquelle passagère d'une convulsivothérapie intensive, enfin un certain égocentrisme qui fait que le malade a pris l'habitude de se replier sur lui-même, se sent fragile et n'est plus, comme auparavant, « tout dévoué pour les siens ».

Chacune des observations dont nous allons émailler notre récit est infiniment plus complexe que le schéma qui prétend la contenir. Nous souhaitons tout au moins qu'il ne la trahisse pas.

Denise C... est hospitalisée en 1951, à l'âge de vingt-neuf ans, pour état anxieux avec manifestations hystériques, bovarysme, réactions théâtrales, attitude insincère et inauthentique, refus de l'effort et refuge dans la maladie, hostilité à l'égard de ses parents, agressivité à l'égard d'elle-même. Cette attitude d'auto-punition est sous-tendue par un gros sentiment de culpabilité. La persistance des troubles fait poser le problème d'une schizophrénie. L'évolution discontinue permet de nombreux congés d'essai. Une tuberculose pulmonaire vient compliquer la situation.

La malade, stabilisée sous Résérpine, améliorée au point de vue mental et pulmonaire, sort en congé le 8 décembre 1956 et vient régulièrement, chaque mois, en consultation. La mère mentionne toujours les malaises, l'inactivité, le tremblement, renchérissant sur les thèmes hypochondriaques maintenant au premier plan des préoccupations de la malade.

A l'encontre de ce groupe, épiant les moindres signes de rechute, il en est un autre pour lequel la maladie mentale n'existe pas : « Il n'y a jamais eu de ces cas dans la famille, il n'y en aura jamais ». Tout au plus leur malade a-t-elle présenté un bref épisode d'anémie, de neurasthénie, et les organicistes les plus convaincus seraient dépassés par ces gens qui voient, dans l'affection la plus bénigne, la cause de cette perte de contrôle éphémère. Dans ces cas en particulier, bien souvent

la peur du qu'en dira-t-on amènera à éloigner la malade. Elle ne peut revenir vivre dans un village, un quartier, une petite ville où chacun la connaît. Parfois même un certificat médical attestera que la présence de Madame X... dans tel endroit n'est pas désirable, ne peut être sans danger pour son entourage, et conseillera l'envoi dans une maison de repos aussi éloignée que possible.

Ce fut le cas pour M^{lle} Denise G..., âgée de dix-neuf ans, hospitalisée pour la première fois le 17 décembre 1956. Elle présentait à l'entrée des troubles coenestopathiques variés, était soignée depuis dix-huit mois déjà pour décalcification des os. On notait dès l'abord la mauvaise qualité du contact affectif et la malade se présentait comme une schizophrène en puissance avec repli sur soi, difficultés pour établir des relations sociales... La mère, très accaparante, peu compréhensive, s'irritait de trouver sa fille « peu vive, ralentie ».

Une cure de Largactil amenait une sédation rapide des troubles coenestopathiques. La malade s'extériorisait alors davantage, se plaignait du manque de distractions chez ses parents qui ne la laissaient jamais sortir. En même temps qu'elle s'améliorait, elle devenait opposante, protestataire, agressive en un mot.

Un congé d'essai était tenté un mois après l'admission. A la sortie la malade restait un peu déprimée avec tendances schizoïdes nettes. Elle est alors suivie régulièrement en consultation de post-cure. Une tentative de reprise de l'activité professionnelle se solde par un échec. La malade reste chez elle, s'occupe très irrégulièrement, ne sort pas, manifeste une anxiété intense de la foule.

La famille temporise puis ramène sa malade à l'hôpital le 9 juillet 1957 à la suite de crises de colères, violences, bris d'objets. Cette fois un certificat médical du médecin vient bientôt attester que la malade est indésirable dans la petite ville où elle habite, que le milieu familial est à l'origine de cette névrose et l'entretient par une surveillance trop assidue.

Un traitement mixte, cardiazol-insuline, est entrepris cependant que la mère fait maintes démarches pour obtenir le placement de sa fille dans une maison de repos en Savoie (à 800 km) envisageant après la convalescence, de la faire séjourner tantôt chez un membre de la famille, tantôt chez un autre. Le placement en maison de repos est différé à plusieurs reprises, l'état mental de la malade ne le permettant pas. Finalement, la mère reprend sa fille contre avis médical.

Pour peu que la durée du séjour se soit prolongée au-delà des normes habituelles, la malade est considérée comme un véritable corps étranger. Le groupe s'est réorganisé autrement : les enfants sont petits, en nourrice, ou grands, en pension ; le mari, même s'il ne s'est pas créé un nouveau foyer, a retrouvé des habitudes d'indépendance (aller où bon lui semble, dépenser sa paye à son gré) à moins qu'il ne soit retourné tout simplement vivre chez ses parents. Et une malade, que l'on dit guérie, vient réclamer la place à laquelle elle a droit mais qu'elle a perdue du fait des circonstances, de la lassitude. La famille fera la sourde oreille à tout essai de sortie, se rendra invisible, insaisissable. Toujours elle trouvera de bonnes raisons pour justifier sa conduite.

Madame Madeleine T... est hospitalisée en février 1949, âgée de 40 ans, pour un état de stupeur mélancolique avec concentration anxieuse, mutisme quasi-total, refus d'aliments. Convulsivothérapie et cure de Sakel n'apportent pas d'amélioration durable. Un an après, l'état stuporeux persiste avec symptômes négativistes très marqués, concentration douloureuse de type autistique constante, expression rare mais nette d'un syndrome d'action extérieure. Le pronostic est réservé, d'autant plus que le milieu familial est incapable d'apporter une aide utile à la malade.

En effet, lors d'une amélioration nette en décembre 1949, la malade demande à sortir avec ses enfants. La permission est accordée pour le dimanche 18 décembre. Les enfants ne sont pas venus. Dès le lendemain, rechute franche, faciès de nouveau figé et ton monotone « Mes enfants ne sont pas venus. Pourquoi les a-t-on massacrés ? ils ne viendront plus. Est-ce qu'il est arrivé malheur chez moi ? ».

Quinze jours après, le mari vient, dit qu'il n'était pas au courant des projets de sortie envisagés avec les enfants (un nouveau projet était formé le 28 décembre avec le fils aîné Henri). Le mari annonce qu'il va venir chercher la malade le lendemain 31 décembre en apportant des vêtements. Il n'est pas venu.

Deux ans après, en 1951, lors d'une visite, le fils Henri déclare « ma mère ne pouvait pas voir mon père — il a dit que si elle rentrait il s'en irait, il a eu l'habitude d'avoir l'argent à lui, ça lui serait dur d'y renoncer... ».

Pendant des années, avec des alternatives d'amélioration passagère et de prostration, la malade est laissée sans nouvelles des siens.

Enfin, en 1956, le mari, mandé avec insistance, consent à venir voir sa femme, mais elle ne le reconnaît pas, non plus que ses enfants. Une permission (la première !) ne modifie pas les idées délirantes de la malade : « Je n'ai pas de chez moi — j'étais chez Monsieur T... enfin, je, l'appelle T... mais ce n'est pas son nom.

En septembre 1957, il subsiste un syndrome schizophrénique résiduel compatible avec une vie sociale à l'extérieur. Cependant les possibilités de sortie, et en particulier d'une réinsertion familiale paraissent bien réduites.

Dans un nombre non négligeable de cas la famille ne délaisse pas sa malade — qu'il s'agisse d'un abandon matériel ou d'un abandon moral, plus subtil, si douloureusement ressenti — même par des schizophrènes perdus dans leur irréalité ou des vieillards que l'on croit complètement déments. Elle réagit par une attitude de protection excessive. Elle paraît toujours ressentir une satisfaction profonde, peut-être inconsciente, quand elle nous dit « il faut la traiter comme un enfant » ; et cette maladie, déjà habituée à la vie de l'H.P. où il ne lui est laissé aucune initiative, continuera sans révolte, apparente tout au moins, à se laisser guider pour les actes les plus simples. Combien de malades ne sortent plus jamais seules, qu'il s'agisse de la moindre course, de la plus petite démarche. Pour les leurs, elles restent comme un petit enfant, et un enfant que l'on n'aura pas la satisfaction, et plus encore le regret, de voir grandir et échapper à l'emprise familiale.

Christiane H... entre pour la première fois à l'H.P. le 6 août 1955 à peine âgée de seize ans. Il s'agit d'un état schizophrénique ayant manifestement débuté par un fléchissement scolaire vers dix ans. A douze ans,, la malade présente un état infectieux

d'étiologie indéterminée avec apparition nette de symptômes plus francs (opposition, négativisme, refus d'aliments) puis une période de variations du niveau d'adaptation avec possibilités scolaires diminuées mais dans l'ensemble demeurées assez satisfaisantes. Il persiste des troubles du type caractériel, la malade vit dans un climat d'autisme, est « bizarre » à l' « idée fixe du mariage ». Vers quatorze ans, une tuberculose évolutive vient compliquer le tableau.

Une cure de Sakel dans une maison de santé parisienne amène une bonne rémission, quoique subsistent quelques difficultés caractérielles et un important déficit pragmatique.

Une nouvelle poussée nécessite l'hospitalisation. A l'entrée on note « une présentation profondément autistique, réponses brèves, hachées, désinsérées, approximatives, une discordance mimique, un comportement d'automatisme mental ». Le refus d'aliments est quasi-total (la malade ne prend que du jus d'orange avec sa mère). On peut extérioriser des thèmes de persécution avec surveillance hostile, plus spécialement localisée sur les mictions.

Cette admission d'août 1955 coïncide avec la naissance d'une petite sœur.

L'atmosphère familiale est dramatisante : la grand'mère maternelle, « neurasthénique » s'est suicidée ; le père, très sobre, taciturne, faible, effacé, la mère nerveuse, anxieuse, fatigante, d'une sollicitude excessive, d'une affection étouffante.

Après une nouvelle cure de Sakel Christiane H. sort chez elle, améliorée et bien stabilisée. La mère la soumet à une surveillance inquiète, assidue : n'a-t-elle pas trouvé dans la chambre de sa fille un papier portant le nom d'un jeune homme ?

Pendant un an la malade vit au dehors, ne travaille pas de décembre 1955 à septembre 1956. Un essai de travail de trois jours entraîne une rechute « il fallait du rendement car il s'agissait d'un travail à la chaîne ». La nuit, la malade entendait la contre-maîtresse lui dire « Dépêche-toi ».

La seconde hospitalisation a lieu le 19 décembre 1956. Dans les jours précédents, la malade ne dort pas, se lève la nuit pour faire les carreaux, laver le linge. A l'examen, l'autisme, le manque de contact, un semi-mutisme sont évidents. L'ambivalence voire l'hostilité à l'égard du milieu familial est nette : elle dit préférer sa mère et sa petite sœur, mais envisageait froidement l'autre jour de prendre un couteau et d'ouvrir le ventre de cette dernière.

Nouvelle et bonne amélioration à la suite d'une série de chocs cardioloziques. La malade commence à s'occuper dans le service, s'extériorise davantage, fait montre d'un certain enjouement et d'initiative. Elle sort le 31 janvier 1957. Depuis elle est suivie très régulièrement, vient toujours accompagnée d'une mère aux propos emphatiques, désadaptés, introspectifs, désordonnés, guidée par elle comme un petit enfant : « Dis au revoir, donne la main, parle plus fort ». Lorsqu'on peut entrevoir la malade seule elle vient d'elle-même ; avec gentillesse et spontanéité saluer, sinon bavarder.

Un essai de placement à mi-temps a échoué parce qu'il fallait la payer comme adulte. Christiane reste chez elle, mène une vie très protégée sans aucune possibilité d'indépendance, sans aucune facilité pour secouer son inertie.

Une autre observation montre de façon encore plus évidente le rôle néfaste d'un « foyer clos » et d'un entourage hyperprotecteur.

Il s'agit de M^{lle} Marcelle C... âgée de vingt-quatre ans. Une tentative de suicide chez ses parents (par section des veines du poignet ayant nécessité la suture des tendons fléchisseurs) et des fugues à caractère impulsif l'amènent à l'hôpital. Ces

troubles sont apparus à la suite d'une déception sentimentale. Elle se sent comme envoûtée : « Le jeune homme qu'elle fréquentait la faisait suivre dans la rue. Les gens se retournaient, tout était bizarre autour d'elle, on la prenait pour une femme de mauvaise vie ». Elle ne motive pas sa tentative de suicide « c'est comme une force qui me poussait ».

Une cure de Largactil amène la disparition nette des phénomènes psycho-sensoriels. A la sortie toutefois (le 11 février 1957) la malade est incapable de porter un jugement objectif sur les idées de préjudice relatives à son aventure sentimentale.

Ses parents tiennent un commerce de boulangerie et demeurent ailleurs dans un baraquement, à la périphérie d'une ville sinistrée. Marcelle s'occupe de la maison, reste seule très souvent, rumine sans cesse « comment a-t-elle pu faire ça ? Jamais sa main ne sera comme auparavant ». Cependant des séances de mécanothérapie donnent d'excellents résultats. La récupération fonctionnelle s'avère totale.

Cette malade a eu une enfance heureuse, choyée. Ses parents ne la contrariaient jamais. Dans ce cas aussi le père est faible, effacé, la mère anxieuse, agitée, faisant tout sous l'influence du moment, toujours prête à voir le mauvais côté des événements.

Après son séjour à l'H.P. la malade est plus gentille avec ses parents elle mène une vie repliée sur elle-même, sans beaucoup de contacts avec autrui. Elle n'entrevoit qu'un moyen d'échapper à cette existence confinée, c'est d'entrer au couvent. Il semble que cette vocation soudaine et sans fondements solides soit une nouvelle forme d'évasion hors de la réalité en même temps qu'une réaction agressive et une manière de chantage à l'égard de ses parents.

En mai 1957 elle prend ombrage de voir son frère fiancé « c'est un cauchemar pour elle ». Elle affirme son désir de vie religieuse quand elle aura trente ans, est obsédée par la cicatrice de son poignet qui lui rappelle ce qu'elle a fait, a des idées impulsives de suicide et de fugue. A son admission la malade, lucide, déclare : « Voir mes parents m'aggravait, je leur faisais des comédies disant que je voulais en finir, c'était plus fort que moi ». La mère comprend alors que lorsque sa fille sera remise il faudra la placer hors du milieu familial.

Trois électro-chocs sous nedsonal amènent une sédation spectaculaire des troubles. La malade sort rapidement. Détendue, plus élégante, elle manifeste un certain entrain et décide d'apprendre à conduire, de sortir un peu.

Là ! en septembre 1957 un échec au permis de conduire est vécu par elle comme une catastrophe, la preuve qu'elle ne pourra jamais être indépendante et s'affranchir de la tyrannie aimante des siens. La malade est à nouveau hospitalisée, a le sentiment d'être incapable de vivre, de s'épanouir. A l'H.P. la malade se sent protégée « Je sais que je ne puis rien faire, que je suis enfermée ».

A chaque hospitalisation on propose un placement, un travail au dehors. Toutes les propositions sont d'abord acceptées puis rejetées sous des prétextes plus ou moins futiles, aussi bien par la malade que par ses parents.

Il y aura une quatrième hospitalisation en décembre 1957 après tentative de suicide par pendaison et sauvetage in extremis. Dès son arrivée, aussitôt sa mère partie la malade détendue, souriante, reprend ses « habitudes » et se mêle à la vie du pavillon. On lui propose une place de gérante dans une boulangerie, une installation dans une autre ville. Là encore la malade accepte, tergiverse puis refuse, se résignant à une conduite d'échec pour se punir de son agressivité à l'égard des siens.

Parfois la famille n'est plus refermée sur elle-même. Au contraire elle se dérobe. C'est un mari, lassé d'avoir toujours une femme plus ou moins malade, qui cherche des compen-

sations ailleurs et déclenche de nouveaux troubles en s'opposant — le plus souvent par son silence — à tout essai de sortie. Ou bien il s'agit d'une grand'mère qui a reporté sur ses petits enfants toute la tendresse déçue que lui inspirait sa fille, naguère encore, et qui se refuse à lui rendre des possibilités de vie familiale normale.

Madame La... âgée de trente ans, est hospitalisée le 20 juin 1957 pour des crises pithiatiques à type de élasticité à grand spectacle. Structure sado-masochiste. Troubles endocriniens (exophtalmie, aménorrhée depuis un accouchement en 1947).

Sédation quasi immédiate des troubles dès l'entrée dans le service. La malade nous apprend qu'elle a vécu six ans avec son mari qui buvait beaucoup et la battait. En 1955 Madame La... a quitté son mari, est venue avec un ami, peu travailleur, repris de justice, vivre chez sa mère.

La crise au cours de laquelle elle a tout démonté dans la maison est survenue parce que la mère a mis à la porte l'ami.

Depuis six ans la malade a fait de nombreuses tentatives de suicide, qu'il s'agisse d'essai de noyade, ou sur un mode mineur, de refus d'aliments. « Elle en a assez de la vie parce que personne ne veut plus la prendre, elle ne supporte pas de vivre seule et sa mère veut l'y obliger ».

La mère, de type méridional, est d'une labilité d'humeur extrême, passant de la colère à un apitoiement proche des larmes lorsqu'on lui parle de sa fille s'exaspérant dès qu'il est fait mention de l'ami, cause de tous les maux.

Une tentative de sortie est faite le 11 juillet 1957. Trois jours après la malade revient : elle a fait une scène pour que sa mère consente à reprendre l'ami. De plus son fils, âgé de dix ans, est élevé par sa grand'mère qui refuse absolument de laisser sa fille s'en occuper.

On propose à la malade une place hors du milieu familial. Elle accepte mais finalement ne peut se résoudre à demeurer seule et repart vivre auprès des siens.

Déjà cet exemple nous montre qu'une malade ne peut reprendre place dans sa famille qu'au prix d'une mutilation de sa personnalité. Toujours elle trouvera des conditions de vie nouvelles, diminuées, et devra s'y résigner, à moins qu'elle ne préfère retomber dans la maladie.

Dans d'autres cas, la maladie peut être considérée comme une tentative d'évasion hors d'un cadre familial rigide, desséchant, un essai pour édifier, même dans l'imaginaire, une vie plus riche, plus équilibrée, apportant les satisfactions auxquelles la malade a semblé jusqu'alors renoncer sans regret.

Ainsi, M^{lle} Simone G... trente-six ans, lingère, est hospitalisée une première fois le 29 octobre 1956. On note un syndrome mélancolique net avec concentration douloureuse du visage, idées délirantes d'auto-accusation, apragmatisme, idées de suicide. Cette malade, qui vit en réalité seule avec sa mère, s'est créée toute une famille que l'enquête sociale nous montrera imaginaire. Elle s'est mariée à 22 ans, son mari a le même âge qu'elle, son fils a 7 ans, elle nous dit encore avoir une sœur bien portante. Cependant elle ne peut s'abandonner totalement à ses phantasmes et le sentiment de culpabilité qu'elle en ressent a déclenché le syndrome mélancolique.

Une série d'électro-chocs associée à une cure de Largactil amène la disparition des idées délirantes et une atténuation nette du syndrome mélancolique. Seules subsistent une certaine inhibition et une anxiété plus ou moins latente. « Son grand souci est de vouloir être auprès de sa mère pour les fêtes », nous disent les infirmières. Elle sort donc le 20 décembre mais « elle n'avait pas plutôt franchi les grilles de l'hôpital qu'elle souhaitait y rester ».

Les quatre premiers jours de congé se passent bien mais le cinquième la mère reprend son travail, la malade se trouve seule, inquiète et une phase d'agitation anxieuse rend nécessaire un nouveau séjour à l'hôpital.

Traitée successivement par Largactil, électro-chocs, Laudanum, Equanil, Simone G... traverse tantôt des périodes d'apathie et d'indifférence faisant redouter une évolution schizophrénique, tantôt des périodes d'angoisse au cours desquelles elle craint qu'il n'arrive malheur à sa mère. En même temps elle extériorise des préoccupations hypochondriaques : « C'est ma tête qui ne va pas... j'ai pris beaucoup trop de médicaments... je me suis atrophiée... je ne puis plus dormir ».

Dans les antécédents de cette malade on note une existence confinée, employée à des travaux de couture, auprès d'un père souvent malade, tandis que la mère, ouvrière d'usine, est absente une grande partie de la journée. Ce n'est qu'à la mort du père, en 1950, que la malade travaille au dehors, comme lingère, et donne alors toute satisfaction à ses employeurs par sa minutie et sa vivacité. Elle aurait eu alors, il y a sept ou huit ans, une déception sentimentale, aurait refusé un garçon qui ne gagnait pas assez.

À sa sortie la malade reste un peu déprimée, sans forces, toujours persuadée de ne pas dormir. Elle reprend son travail mais elle est si lente que de lingère spécialisée elle devient, pour la même maison, femme de ménage. Elle n'est plus employée qu'accessoirement au raccommodage.

Cette tentative de secouer le joug maternel, de se réfugier et de se satisfaire dans un monde imaginaire a échoué. La malade est plus dépendante que jamais. Elle compense la nécessité où elle est de vivre avec sa mère par une certaine agressivité et en même temps par l'affirmation de son incurabilité.

Si les parents jouent parfois un rôle important, voire déterminant, dans la genèse et la persistance des troubles mentaux, nous voudrions insister, plus encore, sur l'influence des relations conjugales, soit que des conflits, déjà à l'origine des troubles, éclatent de nouveau à la sortie, soit que le ménage, en apparence très uni ne forme en réalité qu'un couple sado-masochiste, chacun d'eux étant le complément névrotique de l'autre.

Madame Simone J... est hospitalisée pour la première fois à l'âge de vingt-trois ans, en avril 1951. Elle présente à cette époque, au septième mois d'une première grossesse, un syndrome confuso anxieux et délirant : thèmes de culpabilité et de malheur, idées délirantes d'avortement, angoisse de perdre son mari.

Après l'accouchement, on entreprend une cure de Sakel qui apporte une nette amélioration. Cependant persistent des troubles caractériels en partie imputables à un milieu familial défavorable, la belle-mère demeure avec le ménage.

Enfin, la malade peut sortir en avril 1952, la belle-mère ayant quitté la maison.

La seconde bouffée anxieuse avec syndrome de dépersonnalisation, sentiment d'étrangeté, idées d'influence et de préjudice est déclenchée en février 1957 par le

départ du mari avec ses deux enfants et un début de procédure de divorce. La malade refuse de s'alimenter, manifeste l'intention de se suicider. Cette fois encore, parmi les thèmes délirants, réapparaît celui de l'avortement : « J'ai eu l'impression qu'on me faisait faire une fausse couche ». Une période d'aménorrhée contemporaine de la maladie fait envisager une grossesse que la malade accepte et refuse en même temps.

Madame J... a connu une enfance pénible dans un foyer peu uni. Le père, chauffeur de son état, paresseux, égoïste, se reposait le plus souvent tandis que la mère travaillait pour assurer la subsistance des siens.

À douze ans, la malade perd sa mère. Pendant quelques mois le père vit avec une prostituée puis se remarie. Simone J... demande à être placée dans un orphelinat. Jamais elle n'acceptera la présence de sa belle-mère, bien plus elle l'accusera de lui jeter des sorts.

Nous manquons de renseignements précis sur les collatéraux et savons seulement qu'un frère plus âgé de deux ans, aurait eu à diverses reprises des relations sexuelles avec la malade.

En 1948 cette dernière se marie avec un garçon susceptible, autoritaire, méfiant dont les traits de caractère paranoïaque iront en s'affirmant. Alors Simone J... supporte aisément la présence de la mère de son mari : de caractère toujours craintif, elle se sent rassurée.

Il faut le premier épisode toxi-infectieux de 1951 pour qu'elle accuse sa belle-mère de lui jeter des sorts, comme l'autre.

La naissance d'un second enfant, en 1953, ne détermine aucun trouble et tout allait bien semble-t-il, lorsque le 28 février 1957, lassé par des récriminations et des scènes de jalousie incessantes, le mari quitte son domicile et intente une action en divorce. — déjà en décembre 1956 il avait essayé de mettre ce projet à exécution et en avait été empêché par un chantage au suicide. Simone J... refuse de s'incliner devant les événements, imagine tout un complot des voisins résolus à semer la « zizanie » dans le ménage.

Les thèmes délirants présentés par la malade sont sous-tendus par une arriération affective nette avec fixation à l'objet telle que la perte de celui-ci entraîne un syndrome de dépersonnalisation.

Bien vite ces troubles ont disparu sous l'influence d'une cure par neuroleptiques. Il persistait une labilité thymique et quelques troubles caractériels : chaque venue du mari amenait les enfants à sa femme tout en se refusant à la voir seront pour la malade cause d'excitation et de dépression tout à la fois.

Une fois la malade guérie ou tout au moins stabilisée à un état compatible avec la vie à l'extérieur il fallait la faire sortir : mari et frère acceptaient à la rigueur la charge matérielle mais se refusaient à toute charge morale, il ne restait que le père.

La sortie de la malade, prévue, retardée, toujours remise en question, semble à certains moments très compromise. Le matin même de son départ la malade présente une véritable crise d'anxiété, aggravée par la faiblesse et l'inquiétude d'un père un peu sénile, manifestement dépassé par les événements.

Le cercle sado-masochique est refermé et resserré dans le cas de Madame Jeanne T... âgée de 26 ans, hospitalisée le 23 juillet 1957 pour un syndrome dépressif névrotique réactionnel à une quatrième grossesse avec sthénicité, agressivité à l'égard du mari.

Il s'agit d'une malade ayant eu une enfance assez heureuse, favorable. Le seul événement notable et traumatisant est de s'être trouvée à treize ans, ensevelie avec une sœur et une tante sous une maison bombardée.

Elle se marie à dix-neuf ans et, d'humeur indépendante, continue d'exercer encore un certain temps sa profession de sténo-dactylo. Déjà au cours des fiançailles difficiles elle a fait montre d'un caractère entier et singulièrement agressif. Des divergences de vue profondes, relatives en particulier à l'éducation des enfants entraînent une décision de rupture unilatérale. Le fiancé revient sur sa résolution car la malade fait une tentative de suicide par somnifère.

Au début du ménage les heurts de caractère ne font que se multiplier et s'aggraver. Le mari à l'esprit étroit, rigide, très religieux, pense que la maternité pourra atténuer les aspérités trop vives de cette personnalité très profondément arriérée au point de vue affectif.

Chaque grossesse et chaque accouchement sont, en fait, marqués par une phase d'anxiété intense. Après la naissance du quatrième enfant, la malade se replie sur elle-même, ne manifeste plus qu'indifférence à l'égard de ses enfants et animosité pour son mari.

La première hospitalisation est amenée par une tentative de suicide spectaculaire et peu dangereuse. Au bout de peu de jours la malade sort, résolue à faire un effort de conciliation avec son mari. Elle ne rencontre chez ce dernier qu'intransigeance et incompréhension et, après une scène plus violente que les autres, elle disparaît deux jours et deux nuits. C'est alors que par vengeance et désir d'auto-punition elle trompe son mari avec un commerçant qu'elle poursuit depuis plusieurs mois de vaines tentatives de séduction et est finalement retrouvée, errante, dans les rues de la ville.

Elle revient passer quelques jours à l'hôpital. Bon gré, mal gré, le mari se décide à passer l'éponge sur cette brève aventure mais les disputes reprennent, plus violentes, et plus meurtrières pour chacun : cette mère indigne n'a plus l'autorisation de voir ses enfants.

Le mari se résout à demander la séparation ce qui déclenche chez la malade diverses tentatives de suicide. Pour la dernière, sacrilège et romanesque à souhait, elle se réfugie dans une église, et là, écroulée dans un confessionnal, absorbe une dose assez importante de Nembutal. « Comment venir à bout d'une femme rebelle, aussi oublieuse des devoirs dus à son état, à son rang, à la religion de son mari ? Il convient de la faire placer en service fermé, dans un établissement régi par la loi du 30 février 1838, pour un séjour de durée assez prolongée, jusqu'à ce que la malade soit capable de reprendre en main la vie du foyer et l'éducation de ses enfants ».

Cependant à l'hôpital psychiatrique, Madame Jeanne T... se confîne dans un certain isolement, ayant toujours devant les yeux l'image d'une vie gâchée dont elle souhaite passionnément s'évader sans en avoir ni le courage ni la possibilité, demeurant malgré tout attachée à son mari et ne pouvant se passer du public de choix qu'il constitue pour ses scènes, ses tentatives de suicide, son besoin de se mettre dans des situations inextricables. Elle refuse une séparation temporaire, même un placement en maison de repos. Le mari de son côté, irrésolu, dans l'enveloppe étouffante de son impeccabilité, ne peut renoncer à maintenir sa femme dans une étroite dépendance, à la mater par tous les moyens. Aucun des deux n'est assez mûr soit pour accepter une séparation, soit pour adopter une attitude plus objective.

Enfin, à l'encontre du heurt causé par une famille trop unie ou un foyer en cours de dissociation plus ou moins latente,

il y a le problème des malades se retrouvant seules, désespérément seules, à leur sortie de l'hôpital. Beaucoup sont encore trop jeunes, trop valides, trop attachées à leur maison, leurs meubles, leur routine quotidienne pour se réfugier en maison de retraite. Elles ne peuvent supporter leur solitude et saisissent le moindre prétexte pour faire quelque visite à l'hôpital où elles séjournent des heures entières alors qu'elles n'avaient cessé à aucun moment de protester contre leur hospitalisation et de réclamer leur sortie.

Il arrive que le groupe professionnel dont elles font partie, dans une collectivité réduite, satisfasse leur besoin d'affection et de relations humaines. Mais que survienne un changement plus ou moins important dans le personnel et la malade se retrouve isolée, sans soutien. C'est alors qu'elle présentera quelques troubles (dépression, préoccupations hypochondriaques).

La sortie de ces malades isolées pose de délicats problèmes. Hors de l'H.P. elles sont à nouveau livrées à elles-mêmes et retombent fatalement sinon dans la maladie, tout au moins dans l'abandon à l'origine des troubles.

N'est-ce pas le cas de Madame C... qui supporte allègrement ses soixante-dix ans et a été hospitalisée le 6 juillet 1957 pour une bouffée délirante aiguë liée à la misère, à la dénutrition, à l'isolement.

Il s'agit d'une personne alerte et ne présentant aucune détérioration mentale. Son seul tort est d'avoir dilapidé, au profit de cousines éloignées, les dommages de guerre reçus du gouvernement. Les derniers temps elle en était réduite à demeurer dans un cellier généreusement offert par des « voisins compatissants ». Elle qui avait connu des jours meilleurs — elle fut élevée comme une princesse aux dires d'une parente jalouse et rapace — elle fuyait dès le matin ce gîte sombre et inconfortable pour se réfugier chez l'une ou l'autre de ses anciennes obligées. Maintenant qu'elle n'a plus aucune ressource personne ne veut lui venir en aide.

Pas une maison de retraite n'acceptera de la recevoir pour la somme dérisoire de 5.000 francs par mois. Pas un hospice où elle ne veuille aller dans des conditions de promiscuité matérielle et morale pénibles. Elle n'est plus d'âge à accomplir de dures besognes, elle a perdu l'habitude de tenir une maison. Parents, frères, sœurs, mari sont décédés depuis longtemps. Il ne lui reste plus qu'à s'occuper à l'hôpital des menus travaux pour que les journées lui semblent moins longues jusqu'au jour où, de guerre lasse, elle se résignera à émigrer et à décliner doucement dans un hospice.

Nous voyons donc combien ondoyantes et diverses sont les conditions familiales, combien variés les mécanismes de défense opposés par les familles « dans ce jeu où chacun tient son rôle et qui opère l'adaptation à un univers nouveau transmué par la folie. La gamme des nuances s'étend de la négligence où l'abandon le plus inhumain aux formes les plus extrêmes du dévouement et jusqu'à l'abnégation du vrai martyr, voire du masochisme ».

CONDITIONS SOCIALES

Dans la genèse et la persistance des troubles mentaux la société joue un rôle d'importance variable selon les auteurs mais souvent considérable. Presque toujours — comme le souligne MIRA au II^e Congrès international d'Hygiène mentale.

« il y a une influence réciproque entre l'état de la personnalité et les conditions de la vie sociale : certains traits de caractère conduisent à l'établissement de certaines de ces conditions ; certaines conditions sociales favorisent la formation d'attitudes vitales qui les renforcent. »

Certains travaux entraînent plus aisément que d'autres des troubles mentaux — nous pensons à l'enquête de LE GUILLANT sur les standardistes des centraux téléphoniques. A l'inverse certaines prédispositions morbides déterminent le choix de telle ou telle profession.

La pratique journalière met sans cesse ce facteur sous nos yeux : le malade mental n'a-t-il pas été d'abord un aliéné que la société, par des mesures administratives ou judiciaires, retranchait de la communauté ?

Depuis plusieurs décades, nous assistons à un renversement des valeurs : si la loi du 30 juin 1838 avait pour premier but de défendre la société contre les réactions antisociales des aliénés, d'assurer la tranquillité et la sécurité publiques, il y a eu une véritable révolution dans un sens plus médical et plus thérapeutique et maintenant la primauté est accordée au malade.

Malheureusement, psychiatrie et collectivité n'ont évolué ni au même rythme, ni dans le même sens : c'est pourquoi le fossé s'élargit de plus en plus entre la tendance primitive à considérer tout malade mental comme un être dangereux, mal-faisant, la folie comme un phénomène mystérieux et terrifiant et la nécessité médicale, économique, humaine, de réintégrer des malades guéris ou améliorés dans des conditions de vie en rapport avec leurs nouvelles possibilités.

Peut-être la loi du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés marque-t-elle un progrès dans les rapports de ces deux « instances » entre lesquelles l'homme malade est parfois écartelé ?

De nos jours, du fait des conditions économiques et de l'évolution des mœurs, certaines des femmes recevant des soins à l'hôpital ont un métier. Pour ces malades là, il ne s'agit pas seulement à leur sortie, de se trouver accueillies par leur famille mais aussi de parvenir à reprendre une profession à laquelle elles sont attachées.

Trouver du travail à une personne sortant de l'hôpital, de l'asile ! On offrira à l'ancienne malade un salaire dérisoire — à moins que l'on ne considère le simple fait de l'employer sans la rémunérer, comme une distraction et une faveur — on se refusera à l'inscrire à la Sécurité Sociale sous prétexte qu'elle ne fournit pas un rendement suffisant, on lui marchandera les médicaments dont elle peut avoir besoin pour se maintenir en bon équilibre. et, s'il s'agit d'une profession un peu moins décriée que celle de bonne à tout faire, que de difficultés !

Les employeurs répugnent à engager quiconque a souffert de troubles mentaux. Si le malade passe sous silence cet épisode et que le fait vienne à leur connaissance, ils la renverront sur le champ, sans égard pour la qualité des services rendus, tant le caractère infamant de la tare mentale et la conviction que tout malade, atteint même légèrement, est désormais incapable de se comporter de façon normale, a de profondes racines dans l'esprit des gens.

Nous citerons le cas de deux schizophrènes que l'on pouvait considérer comme guéries cliniquement et que les difficultés rencontrées pour leur reclassement professionnel ont amenées, l'une au bord de la rechute, l'autre à mener une vie confinée, sous le poids de la réprobation sociale :

M^{lle} Paulette L... âgée de vingt-cinq ans, aide puéricultrice, est hospitalisée pour la première fois en avril 1955 pour « syndrome schizophrénique franc », évocation actuelle d'un début oniroïde et de l'évolution du doute à la conviction délirante en un an. Syndrome d'influence, interprétations centripètes, extensives, notion de clan, de complot avec actes à signification hostile divers, sentiments d'étrangeté. Perplexité interrogative, flou de la pensée, rires immotivés.

Mise en route immédiate d'une cure de Sakel dont l'évolution très favorable entraîne une disparition des signes discordants, un ébranlement des convictions délirantes et découvre un fonds paradoxalement syntone. Bonne rémission permettant la sortie deux mois après.

Nouvelle hospitalisation en avril 1956. Cette fois l'activité délirante se manifeste essentiellement sous forme de doute, de perplexité interrogative. Très bonne rémission sous Réserpine et sortie en juin 1956.

Troisième hospitalisation en mars 1957. Tableau de syndrome schizophrénique net avec conservation des attitudes, apragmatisme, sourires discordants. Barrages. Troubles du cours de la pensée. Thèmes d'influence, de préjudice et de grandeur non systématisés. Répétition de la pensée et des actes. Phénomènes psycho-sensoriels Nouvelle cure de Réserpine qui amène une disparition rapide des phénomènes psycho-sensoriels et l'amélioration du syndrome schizophrénique. Il persiste un apragmatisme difficile

à vaincre et un fonds d'anxiété latente qui devient plus net et plus intense en raison des difficultés de reclassement professionnel : verbalement on accepte de reprendre M^{lle} L... à son travail. Le lendemain, une lettre lui notifie son renvoi. La malade, presque guérie, fait démarches sur démarches et s'épuise dans la recherche d'un travail. Pendant un temps, seuls des travaux de couture, une place en usine lui sont offerts. Finalement elle parvient à réintégrer un poste analogue à celui qu'elle occupait avant le début de ses troubles et s'y maintient depuis plus d'un an.

M^{lle} Mireille H..., trente-six ans, a présenté à diverses reprises depuis 1950 des bouffées polymorphes de tonalité très schizophrénique. Entre les accès discordants, rémissions très satisfaisantes, d'assez longue durée, la dernière a duré trois ans et demi.

En 1957 une hospitalisation de six semaines amène une rémission nette et franche comme les précédentes. La malade, sortie fin août obtient un emploi pour la rentrée d'octobre dans une cantine scolaire. Elle y travaille pendant quatre jours et le cinquième est licenciée sans autre motif que le simple fait d'avoir été hospitalisée dans un service psychiatrique. Découragée, M^{lle} H... vit recluse au domicile familial, n'ose plus voir ses relations ni même retourner à l'office dans sa paroisse, se résigne à cette vie confinée et à des travaux de couture à domicile.

La société tout entière fait bloc contre le malade mental actuel ou guéri, tend à l'accabler de son mépris, à le tourner en ridicule. Le fou du village « l'innocent », à la fois accueilli de quolibets et entouré d'une crainte superstitieuse, cristallise, d'une façon grossière, le comportement général. Ainsi que le souligne BENOISTON dans son article sur « les internements évitables » « la réaction du groupe social au trouble psychique est essentiellement une réaction de peur... en outre une réaction de mépris et de honte ».

Cette peur est liée au caractère mystérieux, incompréhensible, irrationnel, du trouble psychique. Personne ne peut être assuré d'en être jamais indemne. Le mépris et la honte sont les seuls éléments d'une attitude conjuratoire, presque magique, cependant que, pour se rassurer, on tire argument de phénomènes tangibles, organiques, bien délimités dans le temps ou dans un groupe donné.

A ce comportement global que l'on pourrait qualifier de « pharisaïque » viennent se surajouter des éléments en rapport avec le milieu et le cadre géographique.

Nous avons essayé de classer nos malades d'après leur provenance. En 18 mois, sur 312 entrées nous avons eu 127 rechutes, dont seulement 27 de milieu rural.

- 76 malades provenant d'une agglomération importante, d'une banlieue posant des problèmes de logement, de voisinage.
- 27 malades demeurant à la campagne où l'isolement des travaux pénibles engendrent des troubles rythmés par

les saisons, survenant aux temps morts de l'année (après la moisson, les betteraves).

- 24 malades issues de petites bourgades à la population indéfinie, mêlée, où gens de la terre côtoient petits artisans, rentiers. Dans cette atmosphère confinée, bienheureuses sont les femmes désœuvrées qui peuvent, en guise de divertissement, s'intéresser aux menus faits et gestes des voisins. Sinon, un repliement plus ou moins forcé sur soi, de mornes besognes d'une lassante monotonie, une tendance compensatrice à la rêverie, favorisent des dépressions névrotiques assez caractéristiques.

A première vue, nous voyons que le monde rural tolère assez bien la présence du malade mental, amélioré ou guéri, même s'il présente encore de petites bizarreries du comportement ou quelques idées délirantes.

« Naguère encore, dans toutes nos campagnes, les aliénés calmes pouvaient continuer à partager la vie commune. Les paysans conservaient auprès d'eux les imbéciles, les crétins les petits persécutés, les déments précoces, les petits névrosés pourvu qu'ils ne se livrassent à aucune extravagance notoire. »

Cette tolérance tient à la moindre densité de population, à une vie plus saine, plus calme, plus équilibrée au point de vue physiologique, au fait aussi que chez les campagnards les troubles mentaux éclatent parfois de façon spectaculaire (les bouffées délirantes sont l'apanage des ruraux) mais aussi régissent très vite sous l'influence d'une thérapeutique bien conduite.

Les pierres d'achoppement qui limitent cette « réceptivité » des gens de la campagne sont de deux ordres : tout d'abord la croyance aux sorts. Bien souvent le malade est un envoûté qu'il convient d'éloigner avant qu'il n'influe bêtes et gens ; ensuite la mécanisation de plus en plus poussée des travaux agricoles, une main-d'œuvre en excès réduisent chaque jour la place et la tâche qui pouvaient être accordées aux diminués.

Madame L... âgée de vingt-quatre ans est hospitalisée en décembre 1957 pour bouffée orinique post-grippale. Il s'agit d'une jeune femme qui a abandonné le petit commerce de ses parents pour épouser un agriculteur. Celui-ci, de caractère faible, soumis à sa famille, travaille chez son père comme ouvrier agricole. La répartition des terres et du cheptel est sans cesse remise à plus tard.

Madame L... est rapidement guérie de ses troubles et retourne s'occuper à moindres frais la place d'une servante chez ses beaux parents. La rechute ne se fait pas attendre et Madame L... revient deux mois plus tard pour un épisode dépressif. Elle s' imagine que son mari veut divorcer. Cette idée, que l'on croit tout d'abord délirante, se révèle à l'expérience, non dénuée de fondement. En effet Madame L... malade, ne rend plus

plus à la ferme les services accoutumés et le mari, quoique sincèrement attaché à sa femme, envisagerait une séparation si les troubles devaient persister ou se reproduire à intervalles plus ou moins rapprochés.

En ce qui concerne le milieu urbain les problèmes, infiniment plus complexes, s'enchevêtrent les uns les autres sans que l'on puisse espérer accorder à tous une solution favorable.

Nous aurons essentiellement en vue les catégories d'ouvriers, cheminots, petits fonctionnaires parmi lesquels se recrute notre clientèle, le milieu bourgeois proprement dit n'ayant recours à l'hôpital psychiatrique qu'après avoir épuisé ses ressources et la gamme plus ou moins complète des maisons de santé.

Quelles sont les difficultés à résoudre à la sortie de la malade du milieu ouvrier que nous prendrons pour type ? Le logement, le voisinage, la pauvreté, voire la misère, auxquels s'ajoute parfois de dépaysement.

Un logement inconfortable, étroit, réduit même parfois à un baraquement, où l'on vit entassé les uns sur les autres dans des conditions de promiscuité parfois ahurissantes, a pu déclencher des troubles mentaux et n'offre guère à une malade qui rentre chez elle guérie ce havre de paix et de détente qu'elle a rêvé lors de son séjour à l'hôpital.

Madame G... vingt-neuf ans est hospitalisée en mai 1957 à la suite d'une « tentative de suicide à l'imménocle consécutive à des difficultés sociales. Manque d'argent. Logement insuffisant. Mari insouciant. En fait problème social plus que psychiatrique est-il noté dès le certificat de 24 heures ».

Madame G... occupe avec son mari et ses quatre enfants une pièce meublée, sans eau, sans aucun confort. Le mari travaille à la voirie et ne touche qu'un maigre salaire.

Finalement on obtient le placement de la « malade » en maison de repos et on met ce séjour à profit pour faire aboutir des démarches au sujet d'un logement en cours depuis plusieurs mois.

De même un voisinage proche, tel qu'on ne sait plus très bien si l'on est chez soi ou chez les autres, peut être à l'origine parfois bien réelle d'une recrudescence d'un syndrome d'influence ou de troubles psycho-sensoriels élémentaires. Les délires de palier ne se créent pas de toutes pièces mais à l'aide de vexations, mesquineries qui n'auraient que peu de prise sur un individu normal mais acquièrent une résonance et une ampleur imprévisible chez un être fragilisé.

Madame Marguerite D..., cinquante ans, est hospitalisée à deux reprises pendant l'année 1957 pour « paroxysmes anxieux survenant sur syndrome délirant avec thème de préjudice » (on veut l'expulser de son logement), hallucinations auditives (on dit qu'elle a de drôles de mœurs, des orgies). Ce délire est survenu après la ménopause. Il persiste sous neuroleptiques et s'accompagne d'anxiété. La malade dit avoir très bien supporté l'activité délirante sous une cure ambulatoire de neuroleptiques. Une séda-

tion relative des troubles permet de tenter un congé d'essai. Depuis un an le délire de préjudice est demeuré identique à lui-même mais la malade très réticente, ne l'extériorise guère. Les phénomènes psycho-sensoriels surviennent par poussées mais la malade tente de ne pas y prêter attention.

Cinq mois après sa sortie de l'H.P. elle reprend quelques travaux de ménage hors de chez elle, n'extériorise plus d'idées délirantes mais demeure à la merci du moindre incident de palier.

A côté des délires de palier qui peuvent être suscités par des difficultés de voisinage se pose le problème de la pauvreté, de la misère. Il faut qu'une femme revenant chez elle soit capable de reprendre ses occupations ménagères, de faire « de bonne soupe », d'assurer l'ordre et l'entretien de la demeure, cependant que le mari peut vaquer à ses occupations professionnelles. Une femme qui ne peut demeurer seule chez elle, qui a besoin de la présence et de la sollicitude du mari pour les courses, les menus travaux domestiques, est une gêne, une entrave. Dans le milieu ouvrier, comme dans le milieu paysan d'ailleurs, il importe que chacun puisse assurer un rendement suffisant, efficace, pour la bonne marche de l'entreprise ou du foyer.

Sans doute un mari consentira-t-il à prendre un congé momentané pour aider à la « réhabilitation » de sa femme mais il ne faut pas que cet effort se prolonge sinon le manque à gagner entraînera des difficultés financières, des soucis, des conflits conjugaux qui amèneront la résurgence de tel état mélancolique, de telles idées délirantes.

Madame Marcelle S... quarante ans, est hospitalisée le 10 août 1957 pour « état dépressif ayant débuté il y a huit mois lors de la mort de son père, auquel la malade, fille unique, était très fixée. Asthénie. Dégoût de la vie. Apragmatisme. Insomnie, anorexie. Terrain allergique : malade sujette à l'eczéma ».

La malade s'est mariée à l'âge de 22 ans et est très heureuse en ménage.

L'hospitalisation se prolonge pendant cinq mois avec des améliorations de courte durée à chaque nouveau traitement.

La sortie est quand même résolue car le mari prend un congé de plusieurs mois afin que sa femme ne soit jamais seule chez elle.

Madame S... reste sans goût, sans désir de s'occuper activement. Elle veut bien faire les courses mais ne veut pas prendre d'argent pour payer.

Seules les possibilités et la compréhension familiales permettent de maintenir au dehors cette malade chez laquelle un séjour trop prolongé à l'hôpital déclencherait vite une nette tendance au parasitisme hospitalier.

* *

Enfin, un autre obstacle contre lequel nous butons est celui du dépaysement. Cette transplantation peut revêtir divers aspects, tantôt il s'agit d'un changement de pays, de mœurs, tantôt nous rencontrons les difficultés inhérentes à un nouveau mode de vie, telle la migration de la campagne vers la ville, tantôt encore, dans un nombre non négligeable de cas, nous nous sommes heurtés aux troubles suscités par l'abandon d'une vie citadine pour une vie rurale, et pas seulement chez des petites gens retraitées, souhaitant arrondir leurs ressources du produit de leur jardin ou de leur basse-cour.

Madame Adela S... italienne, âgée de quarante-quatre ans, entre dans le service en janvier 1957 pour un éthylisme chronique aggravé depuis cinq ans, lors de la transplantation de la malade en France. De plus cet éthylisme est lié à des conflits avec sa belle-mère qui habite le même logement. Signes d'imprégnation toxique marqués.

C'est seule, en cachette, que la malade boit du vin rouge, du cidre, des apéritifs après avoir terminé les travaux du ménage. Seule elle s'ennuie et boit. Il lui arrive d'être franchement ivre.

Une première cure de désintoxication n'amène qu'une sédation passagère des excès éthyliques, et une seconde hospitalisation ramène une malade non seulement imprégnée mais encore et surtout déprimée. Une seconde cure est entreprise avec plus de succès. Depuis sa sortie, en octobre 1957 la malade va très bien, ne boit plus du tout, sauf de l'eau. Elle prend régulièrement un comprimé d'Espéral, ne manifeste pas de tendances dépressives. Elle n'est plus seule, s'occupe de sa fille et du bébé de celle-ci et n'a plus de discussions avec sa belle-mère.

Madame A... cinquante ans, est hospitalisée en novembre 1956 pour un syndrome mélancolique avec gros sentiment de culpabilité. Idées délirantes d'auto-accusation et de préjudice. Phénomènes interprétatifs et psycho-sensoriels. Pas d'éléments confusionnels, pas d'affaiblissement intellectuel. Notion d'un accès en 1950 traité par 10 électro-chocs.

Il s'agit d'une malade très attachée à son mari. Pour le fixer elle a eu recours aux artifices de la chirurgie esthétique. Le ménage a déménagé six fois en dix ans, quittant un commerce à Nice pour en reprendre un au Havre, abandonnant le Havre pour Rouen, Rouen pour Paris... Toujours dans le vain espoir de fixer son mari Madame A... est venue tenir un commerce d'alimentation dans une petite ville. Les déménagements et les ventes de fonds successifs s'accompagnant chaque fois d'une perte d'argent, les conflits conjugaux — il y eut même séparation de corps à un moment — ont épuisé ses nerfs. Maintenant elle s'imagine que les voisins lui font du mal « toujours les gens s'occupent d'elle, lui trouvent des tas de défauts... elle voit bien que les gens la détestent, a eu des occasions positives, pas imaginatives d'en juger ».

Elle a le sentiment d'une malédiction qui pèse sur elle : ainsi elle a trouvé devant sa porte une lettre de deuil chiffonnée, le nom était ôté.

Elle se reproche aussi ses interventions de chirurgies esthétique. Pendant des années elle a vécu dans la crainte que les autres ne l'apprennent. Maintenant tout le monde est au courant, rit, se moque d'elle, fait des allusions.

À la quinzaine le syndrome mélancolique est pratiquement disparu ainsi que les phénomènes interprétatifs et psycho-sensoriels. La malade sort rapidement, voulant préparer ses étalages de Noël. Il persiste pendant un court laps de temps une certaine inquiétude, un besoin presque enfantin de tendresse et d'affection : « Mon mari est très gentil avec moi... je suis comme un petit enfant, il est comme ma mère ».

* *

Il existe enfin les diverses catégories d'inadaptés sociaux. Bien souvent encore ceux-ci font l'objet d'une mesure d'internement alors qu'il suffirait d'établissements non psychiatriques mais adaptés à chaque sorte de troubles.

Pour cette réinsertion sociale nous adopterons les trois critères d'HEUYER :

« Avoir une profession qui permette de subvenir à ses besoins ; fonder un foyer ; ne pas présenter de troubles graves de la conduite qui conduiraient le sujet vers un hôpital psychiatrique où se révéleraient par un fait de délinquance et attireraient l'intervention de la police et de la justice. »

Ce sont tous des cas sociaux, ces « abandonnés » comme les qualifie excellemment BENOISTON dans l'article cité plus haut « ces sujets impuissants devant les difficultés de la vie, vieillards à la maigre pension, diminués physiques dont ne veut nul employeur, « sans-travail », « sans-famille » « sans-logis » et pourquoi ne pas le dire « sans affection » ces abandonnés sont légion ».

Tous ces cas échouent encore trop souvent à l'hôpital psychiatrique. Pour eux des conditions de sortie satisfaisantes sont bien précaires, bien hasardeuses.

S'il s'agit d'un délinquant, l'expertise médico-légale suivie d'un non-lieu n'a en rien estompé les difficultés de réadaptation, alors que toutes se trouvent réunies et portées à un paroxysme qui risque d'amener quelques menu larcin ou braconnage, signe déclenchant d'une « bienveillante justice » qui entraînera la prison, l'expertise, le non-lieu et l'internement, c'est-à-dire l'assurance du gîte et du couvert pour quelques mois.

Certains malades organiques doivent parfois demeurer à l'H.P. n'ayant aucune possibilité d'accueil et de soins au dehors.

Il s'agit le plus souvent de personnes âgées, qualifiées bien légèrement de démentes, parce qu'elles ont présenté quelques petits signes d'affaiblissement intellectuel ou une bouffée confus-anxieuse déclenchée par une affection saisonnière.

Le syndrome mental est réduit, les possibilités d'adaptation sociales demeurent bonnes. Mais l'hospitalisation, avec tous les examens systématiques qu'elle suscite, a mis en évidence une affection organique, un diabète par exemple, simple, vite équilibré par un régime approprié ou une faible dose d'insuline.

La place de cette malade guérie mentalement n'est plus à l'hôpital psychiatrique mais où la mettre si la famille ne peut ou ne désire s'en charger. Un hospice n'en voudra point, ne pouvant assurer les médicaments nécessaires, un service de médecine surencombré la rejettera, réservant ses lits pour des malades ayant besoin de traitements plus actifs.

Pour les arriérés, une fois que la famille a épuisé toutes ses réserves de dévouement et de patience, la seule ressource est encore l'hôpital psychiatrique, étant donné le manque d'établissement spécialisés.

Il faut souhaiter la création d'organismes d'assistance pour invalides mentaux, qu'il s'agisse de malades stabilisés mais aux capacités sociales réduites, d'arriérés profonds, de certains affaiblis intellectuels.

Seule la diversité croissante des locaux et des institutions permettra la prise en main, la rééducation de tous ceux que l'on jugeait à tort jusqu'à présent comme irrécupérables.

Sans croire que la transformation des conditions sociales puisse amener un jour la disparition du fait psycho-pathologique nous pensons qu'une heureuse solution des problèmes de logement, de travail, d'aide à domicile permettrait de réduire celui-ci dans certaines proportions. Le manque de prise du psychiatre sur les données familiales ou sociales n'est-il pas la cause du désintérêt relatif manifesté pendant longtemps pour les problèmes touchant la post-cure des malades mentaux et l'assistance extra-hospitalière.

LE VERTIGE DE LA SORTIE

C'est au décours de l'affection mentale, lorsque la sortie paraît proche ou même qu'elle a été fixée, que la malade, moins orientée vers ses propres troubles, commence à envisager, essaie de s'imaginer ce qui se passera « après ».

Comment sera-t-elle accueillie ? Que sera devenue la maison en son absence, quel accueil lui réserveront son mari, ses enfants, ses voisins, ses camarades de travail ?

Pourra-t-elle surmonter les difficultés de ce retour à la vie quotidienne alors qu'elle se sent encore si fragile ?

Elle fait montre d'une certaine hâte, d'une impatience un peu tremblante, d'une grande labilité d'humeur, passe de la joie à l'inquiétude, échafaude projets sur projets, puis abandonne tout dessein, parfois dans un état d'anxiété extrême.

Ce trouble, dit vertige de la sortie, a été signalé et étudié tout d'abord chez les mélancoliques. Chacun de nous a présent à la mémoire le cas de telle malade guérie, dont le départ était prévu, et qui met brusquement fin à ses jours, par manque de confiance en elle, appréhension du retour dans le monde extérieur ou crainte d'une nouvelle crise.

Les mélancolies d'involution tout particulièrement, ces malades qui ont souvent, au début de leur état, une conscience si aiguë de leur déclin, ressentent une anxiété extrême, parfois une terreur panique, à la pensée de retrouver la vie du dehors et ses soucis journaliers.

Il nous sembla que bien peu de malades échappaient à ce malaise : non seulement les mélancoliques, que nous citons plus haut mais aussi les maniaques. À l'occasion des visites leur entourage n'a pas manqué de leur révéler les mille excentricités qui ont pu précéder leur admission. La crainte du « qu'en dira-t-on », de la réprobation sociale, les amène à redouter la reprise de leurs occupations habituelles; le contact avec leur entourage.

Depuis que les neuroleptiques, type chlopromazine ou Résérpine, nous permettent de faire sortir un certain nombre de schizophrènes et de les maintenir à l'extérieur hors des poussées

aiguës, nous avons aussi fréquemment rencontré ce trouble chez ce type de malades. Il nous paraît d'ailleurs que, dans ces cas, le trouble est peut être moins spectaculaire, moins aigu mais persiste longtemps après la reprise d'une vie familiale ou même d'une activité professionnelle normale. Il est alors en rapport avec un sentiment de dépersonnalisation.

Même les malades délirantes, hospitalisées soit pour une bouffée aiguë, soit pour l'exacerbation passagère d'une affection chronique et qui protestent bien haut contre un « internement arbitraire » peuvent aussi être atteintes de vertige à leur sortie. Le monde leur paraît plein d'embûches et de forces hostiles acharnées à leur perte. Même si la critique des phénomènes délirants est parfaite, l'inquiétude subsiste quant à l'avenir.

Comment expliquerons-nous ce malaise ?

Deux thèses s'affrontent :

- la thèse sociologique ou exogène ;
- la thèse individualiste ou endogène.

Nous les examinerons tour à tour.

Pour les tenants de la thèse « sociologique » le vertige de la sortie est dû essentiellement à des conditions familiales, sociales, professionnelles défavorables. Les manifestations psychopathiques de l'individu étaient réactionnelles à ces difficultés.

Il y aura nécessairement vertige de la sortie si la malade a des difficultés dans la situation familiale, si elle a peine à trouver du travail ou encore si elle se trouve rejetée par sa famille ou ses amis.

« Si l'on n'essaie pas, dit LE GUILLANT, dans son article paru dans l'Evolution psychiatrique " Introduction à une psychopathologie sociale ", avant toute tentative de sortie, d'influencer, de modifier le milieu, le vertige de la sortie se produira et même probablement la rechute. »

Par contre, si l'on tente de remédier aux difficultés familiales, de créer de nouveaux liens humains ou professionnels, de changer même, si besoin, le lieu de résidence, créant pour la malade « des activités réalisant à la fois un centre d'intérêt, une réhabilitation et l'incorporation à un groupe ». Les troubles suscités par l'annonce d'une sortie n'éclateront pas et la malade pourra s'adapter plus aisément à une situation remaniée, moins pathogène.

La sortie hors de l'H.P. est pour une malade un arrachement, un sevrage brutal. La maladie l'a fait rejeter par son milieu social ordinaire, elle est arrivée à s'intégrer plus ou moins dans la vie asilaire, parfois même à participer activement

à la vie du service, à s'attacher, peut-être profondément, au médecin, à l'infirmière, parfois à une malade. La perspective du départ agit comme une cause de frustration, comme un nouveau rejet.

L'inquiétude normale est majorée pour certaines malades. Entre vertige de la sortie et parasitisme hospitalier il y a des graduations insensibles. C'est le cas des malades anciennes présentant un syndrome schizophrénique résiduel, que l'on veut placer en hospice « c'est leur asile — on n'a pas le droit, non pas le droit de les obliger à quitter leur maison ».

Les partisans de la thèse « endogène » sans rejeter l'influence possible et parfois évidente des facteurs extérieurs pensent néanmoins que le vertige de la sortie ne peut s'expliquer qu'à partir de l'individu malade. En effet il est ressenti, dans un nombre important de cas par des malades disant « j'ai tout pour être heureuse chez moi ».

Pendant son séjour à l'hôpital, sous l'influence de la maladie ou du traitement, la malade a pu changer. Cependant le milieu a évolué dans un sens parfois différent, même si l'hospitalisation a été de courte durée.

La sortie apparaît donc comme un saut du connu dans l'inconnu, comme l'entrée dans un nouveau mode de vie. Bien sûr, dans la majorité des cas le schéma lui est demeuré familier mais il persiste des inconnues :

— Comment vais-je réagir ?

— Comment vont se comporter les autres ?

Les événements extérieurs sont vécus par la malade en fonction d'elle-même, sans aucune objectivité.

Il nous semble que le vertige de la sortie est lié à la structure névrotique sous-jacente aux troubles mentaux, anxiété, arriération affective, désir d'auto-punition. On ne pourra agir sur lui qu'en essayant de mettre la malade dans des conditions personnelles favorables par une psychothérapie, même brève, destinée à agir sur les structures caractérielles antérieures à la maladie.

CONDITIONS PERSONNELLES DE SORTIE DU MALADE MENTAL

Il nous a semblé bien vain, à mesure que nous dépouillions des dossiers et que chaque malade se présentait à notre souvenir avec ses caractéristiques essentielles et sa réalité vivante de séparer des éléments que nous trouvions le plus souvent intriqués sans arriver à déterminer quelles étaient les causes quels étaient les effets qui l'avaient amené à l'hôpital ou entravaient sa sortie.

Cependant, pour nous, la maladie mentale est absolument irréductible à la famille ou au milieu social. Toujours la personnalité morbide, par sa façon de se situer face à autrui, au monde extérieur, à l'existence même, par ses possibilités d'évolution en fonction du temps, dépasse infiniment les cadres rigides dans lesquels on tend à l'enserrer.

C'est pourquoi les conditions personnelles de sortie de chaque malade nous ont retenus longtemps. Actuellement, on tend à réduire la durée de l'hospitalisation, à en faire un séjour aussi bref que possible ; il arrive que des malades sortent, non tout à fait guéris, mais seulement améliorés, le traitement devant se poursuivre au dehors.

Comment se pose le problème de la sortie pour tous ces malades, plus précisément quels moyens, quels mécanismes de défense réussissent et leur permettent de reprendre une vie normale, quels procédés échouent et rendent difficile, voire impossible, tout essai de réadaptation, alors même que le milieu familial et social est favorable ?

Nous envisagerons l'étude des conditions personnelles sous trois aspects qui ne s'excluent pas l'un l'autre, mais bien au contraire se complètent et donnent une « vision en relief » du malade mental.

Tout d'abord, chaque syndrome de la nosographie classique comporte-t-il des difficultés propres, inhérentes aux troubles ou aux séquelles engendrées par la maladie et contre lesquelles la malade en voie de guérison doit encore se débattre ?

Ensuite, considérant que le trouble psychique est lié à un fléchissement du « Moi » du sujet, et qu'à cette occasion les tendances instinctuelles plus ou moins refoulées peuvent se manifester de façon directe ou détournée nous avons tenté de voir quels mécanismes de défense étaient utilisés à l'acmé ou au décours de l'affection. Nous avons essayé, à l'aide de plusieurs observations, de saisir sur le vif ces phénomènes de projection, introjection, isolation, retournement en son contraire, sublimation... qui peuvent coexister, se remplacer ou se succéder les uns les autres.

Enfin, cherchant à poser la malade mentale en face de l'existence, de son existence, nous nous sommes demandés dans quelle mesure sa croyance et son adhérence à la réalité extérieure pouvaient aider sa réinsertion sociale.

Le lieu de passage entre l'affection morbide et la santé pose pour chaque être, sur un plan personnel, vécu, un problème particulier. La mélaconique a le net sentiment d'une diminution de sa personnalité. Cette douleur morale et cette tristesse qui l'écrasaient, il y a si peu de temps, la laissent encore toute craintive. Pour peu que l'accès mélancolique ait vu son évolution écourtée, par une série d'électro-chocs, l'amnésie passagère, post-critique, inquiète l'ancienne malade : sort-elle faire ses courses ? elle a oublié le nom des rues, rencontre-t-elle des amies, des voisines, leur nom bien connu ne peut lui revenir en mémoire. Cette gêne à évoquer à son gré les souvenirs dont elle a besoin l'inquiète, l'irrite, l'incite à se pencher sur elle-même pour dresser un bilan exact du déficit réel ou grandi par son imagination. Comme le souligne GUIRAUD la dépression simple, l'asthénie peuvent persister de longs mois, même à l'insu de l'entourage et la malade demeure troublée, soucieuse de ne pas ressentir ce goût de vivre, cette impression d'épanouissement, ce sentiment de plénitude qu'elle connaissait d'ordinaire.

L'ancienne maniaque, elle, a perdu son euphorie, son activité exaltante, son acuité et sa vivacité intellectuelles, la possibilité de contacts aisés, un peu familiers. La vie était facile, colorée, des contraintes artificielles ne venaient plus la brimer. Pourquoi a-t-il fallu que quelques extravagances dont elle rougit maintenant, soient venues mettre le comble à cette « joie de vivre » et sonner en même temps l'heure de la retraite dans un hôpital, des soins, puis du retour à une existence terne et ennuyeuse.

Pour la délirante, convaincue de la fausseté de ses idées, de l'inexistence des voix qui l'épiaient, la menaçaient ou des visions qui l'effrayaient la crainte de penser à nouveau des choses aussi insensées, d'entendre encore des commentaires

ironiques grossiers sur le plus petit geste ou la moindre action l'obligent à reprendre avec beaucoup de prudence une vie normale. Et par moments ne persiste-t-il pas un léger doute : s'est-elle vraiment trompée, peut-elle être absolument sûre de la fidélité de son mari ou persuadée que personne n'en voulait à sa terre, à sa maison ou même n'a cherché à se débarrasser d'elle ? C'était quand même bien étrange ces voix ! Sait-on bien si aucune lésion de l'audition ne peut les expliquer, car enfin les troubles psychiques, les hallucinations ne surviennent pas ainsi, sans crier gare, mais chez des sujets lourdement tarés ?

Chez la schizophrène le doute, l'impression d'étrangeté ont ajouté une touche d'irréalité, de merveilleux, de fantastique, à la vision du monde. Elle a le sentiment de n'être plus elle-même. Il lui faut encore rassembler ces fragments épars de sa personnalité, rétablir l'unité et l'identité de son moi, alors qu'il lui semble parfois qu'un malin génie s'est amusé à souffler sur cet édifice laborieusement construit, comme sur un château de cartes. L'expérience qu'elle vit est absolument incommunicable et pourtant elle recherche avec avidité la chaleur, la vie, le contact des autres, la notion de son individualité.

Que dire de l'anxieuse, de l'obsédée, de l'hypochondriaque ? Aucune d'elles ne parvient à se détacher d'elle-même pour s'intéresser à autrui de façon durable. Même si l'angoisse, les malaises physiques ont cessé, sous l'influence d'une thérapeutique biologique ou d'une psychothérapie, les structures caractérielles antérieures à la maladie subsistent. Les mécanismes de défense ont pu se trouver bousculés, ils n'en demeurent pas moins, sous une forme ou sous une autre. Ce sont eux qui, en définitive, assureront le succès ou la défaite de cet effort de guérison ainsi que le montrent les observations qui suivent. Nous avons pris successivement une hystérique, une névrose obsessionnelle, une bouffée délirante, une déprimée et une délirante chronique.

Madame Jacqueline L..., trente ans est hospitalisée en décembre 1956 pour un syndrome dépressif avec troubles de conversion à type d'asthénie, jambes de coton, impossibilité de se déplacer. Phobie du bruit « crises de nerfs ». Etat réactionnel à une situation conflictuelle avec le mari qu'elle ne peut exprimer. Relation oedipienne avec ce dernier.

L'anamnèse indique le décès de la mère à l'âge de quatre ans. Elle est alors mise à l'orphelinat avec sa plus jeune sœur. Le père violent, brutal, éthylique s'en occupe peu dans l'enfance et l'abandonne complètement à treize ans.

Les premiers troubles surviennent à l'orphelinat. Ce sont alors des terreurs nocturnes et des cauchemars, puis vers dix, douze ans hyperémotivité, éreutrophobie, crises d'anxiété.

Elle se marie à dix-neuf ans avec un homme plus âgé de quinze ans et connaît des difficultés au cours des relations sexuelles au début. En fait cependant l'équilibre se maintient jusqu'à la naissance de la fille, trois ans après le mariage.

Les mécanismes de défense fonctionnaient jusqu'alors de façon à peu près satisfaisante.

Refoulement des traumatismes de l'enfance (la malade n'arrive à parler ni de sa mère, ni de ses premières années).

Régression à une situation infantile confortable où le mari joue le rôle de la mère (il s'agit d'une homme plus âgé, doux, peu viril, hyperprotecteur).

Lors de la naissance de la fille, les circonstances ne permettent pas à la malade de garder cette situation de régression.

Incapable d'assurer la fonction d'une mère adulte, elle transfère alors sur sa fille l'agressivité ressentie dans l'enfance à l'égard de sa jeune sœur.

Elle commence à souffrir d'insomnie, de phobie du bruit. La naissance d'un fils, trois ans après, sera mieux acceptée, d'autant que l'enfant, de santé délicate, fait de fréquents et longs séjours à la montagne.

Elle supporte mal l'attachement du mari à sa fille. Se sentant abandonnée, mais gênée par un sentiment de culpabilité pour exprimer cet abandon, elle pousse quelques années plus tard son mari dans une aventure sentimentale avec une étudiante qui travaillait au pair chez elle.

Ses sentiments à l'égard de la jeune femme sont d'ailleurs fort ambivalents et témoignent d'une homosexualité latente.

C'est alors que sa conduite se décompense. Elle ne peut plus rien faire chez elle, ne supporte plus ses enfants, est incommodée par le moindre bruit, et souffre d'algies variées.

Elle exprime ainsi une agressivité à l'égard de son mari, réactionnelle à « l'abandon » et utilise sa maladie pour tyranniser ce dernier.

Une psychothérapie a permis une amélioration sur le plan des contacts, une récupération partielle de l'activité.

Les troubles d'allure somatique persistent. La psychothérapie n'a pu être menée très loin, la malade « évitant » de prendre conscience de ses problèmes et en particulier de l'abandon de la mère (elle a cessé de suivre ses séances, lors d'une intervention à ce sujet).

On voit là que refoulement et régression ont pu permettre une vie normale, jusqu'au moment où des circonstances nouvelles ont recréé la situation infantile traumatisante. Les mécanismes de défense ont alors échoué.

Madame P..., soixante ans, est hospitalisée une première fois en 1951 pour « psychonévrose obsessionnelle, antécédents névropathiques anciens mal précisés sur terrain déséquilibré avec développement de la personnalité dans un horizon social fermé.

Depuis une intervention chirurgicale, il y a trois ans, en 1948, pour ulcus gastrique, ménopause brusquée puis après un an de latence, apparition du syndrome obsessionnel actuel.

Sentiment d'incomplétude, scrupules anxieux, retours en arrière, incapacité pragmatique profonde, réitération de gestes conjuratoires.

Analyse hyperlucide de la situation — Insomnies, Lésions de grattage du nez et des extrémités ».

Elle est à nouveau hospitalisée en 1953, puis s'adapte à l'extérieur.

On note un nouveau paroxysme en 1957, un an après son mariage.

Elle présente alors une tendance à la vérification, phobie de la saleté, des objets pointus ; s'assure que le poinçon de l'alliance est levé en avant ; soulève son jupon, se regarde elle-même pour voir.

Cette malade est l'aînée de trois filles.

Elle a été élevée par des parents de milieu aisé, à la morale assez rigide.

Le père n'a jamais accepté que ses filles travaillent.

Elle n'a eu aucune liaison sentimentale jusqu'à sa première hospitalisation.

Elle se maintenait dans un monde clos et protégé.

Gardée de ses instincts, elle était gardée des angoisses. La gastrectomie suivie d'une ménopause brusquée a été ressentie par elle comme une mutilation, un revécu de la castration infantile.

Ceci a déclenché une angoisse vraisemblablement due au sentiment de culpabilité lié à la masturbation infantile.

Afin d'éviter cette angoisse, elle a isolé les symptômes et annulé rétro activement.

Un traitement sédatif a permis la sortie.

Mais un nouveau paroxysme anxieux survient un an après le mariage.

Les relations sexuelles chez une femme de cinquante-huit ans avec un homme plus âgé de dix-sept ans, bien qu'incomplètes, avaient été mal supportées.

La malade les vit comme impures, sales. Son sentiment de castration est à nouveau plus vif. D'où les symptômes présentés.

Elle soulève son jupon pour « se voir », en fait pour constater sa mutilation.

Elle a peur d'être sale.

Elle doit avoir son alliance dans un certain sens... L'angoisse est ainsi démontrée.

Les symptômes sont isolés et annulés par des rites conjuratoires.

Ceci est cependant insuffisant pour rendre à la malade une vie supportable.

Elle continue à vivre à l'extérieur mais est livrée à ses rites et à l'apragmatisme.

Mademoiselle S..., âgée de cinquante-quatre ans, a été hospitalisée pour « syndrome erotomane basé sur des faits vécus, tendances interprétatives. Début à la période ménopausique ».

Fille unique de petits commerçants, M^{lle} S..., a eu une enfance très protégée.

Gâtée par des parents elle n'a jamais pu s'en séparer, et a vécu avec eux jusqu'à leur mort, elle avait alors quarante-deux ans.

Sous couvert d'indépendance, elle refuse toute liaison affective jusqu'à trente-quatre ans.

Elle vit jusque là entre ses parents et une étude d'avoué où elle assume les fonctions de clerc. A cet âge elle fait la connaissance dans cette étude à l'occasion de son divorce d'un homme plus âgé de quatorze ans, père de trois enfants.

Elle commence alors une liaison qui dure jusqu'à ce jour, n'envisageant jamais la vie commune, pour ne pas aliéner sa liberté, dit-elle.

Elle semble avoir fait sur son ami une fixation œdipienne qu'elle n'a pu assumer par culpabilité.

Lors de son trouble, elle en vient à dire : « Je ne sais plus s'il a une fille, ou si j'étais sa fille ».

Lors de la ménopause, les tendances instinctuelles envahissent la personnalité, jusque là bien défendue par un Sur Moi rigide qui commandait un « évitement » et un « refoulement » des conflits.

Elle projette alors ses désirs instinctuels dans son monde délirant et ose enfin assumer son œdipe sur son ami.

« Subitement l'idée m'est venue que j'étais mariée et avais des enfants (il en a trois).

« ...Auparavant je n'ai rien fait pour me marier, je ne me sentais pas apte ».

Le sentiment de culpabilité persiste jusque dans le délire.

« Pour lui je n'étais qu'une fille, je n'avais pas été sa femme. »

Malgré tout les tendances instinctuelles dominent et lui font critiquer son point de vue antérieur.

« J'ai gâché les trois-quarts de mon existence, j'ai toujours douté de moi. L'étude m'est fermée. J'ai à m'occuper de W. et des trois enfants. »

L'on note ici le mécanisme de transformation en son contraire (la malade une fois améliorée nous dira ne même pas avoir été présentée aux enfants de son mari).

Après un traitement sédatif de trois semaines environ, la malade guérit.

Mais elle se trouve alors isolée.

La relation espacée avec son ami ne la satisfait plus.

Elle n'a plus la même supériorité dans son travail.

Elle rechute huit mois après et nous dira alors ; « Ne me soignez pas. C'est maintenant que j'ai la vérité. Vos traitements vont me la faire perdre ». Cette malade guérit à nouveau très vite de sa bouffée délirante, mais il persiste une anxiété intense de l'isolement qu'elle ne peut plus supporter, et un désir de demeurer dans le cadre hospitalier où elle se sent protégée, et où elle peut sentir des témoignages d'affection même superficiels.

Madame L..., âgée de quarante-six ans, femme au caractère autoritaire et emporté sous des dehors bénins, exigeante, a toujours tout fait plier sous elle, chargeant son mari de besognes ménagères ingrates. Monsieur L... petit employé dans une entreprise de transports, falot, effacé, ajoutant foi à la moindre réflexion de sa femme, tremblant au plus petit haussement de sourcil, s'interroge avec inquiétude « ma fille et moi nous lui faisons la vie la plus douce que nous pouvions et peut-être sommes-nous trop doux ? ».

Les troubles sont apparus brusquement chez la malade, en mars 1956 à l'occasion du décès d'une tante maternelle. L'oncle veut que la famille aille habiter avec lui, dans la banlieue parisienne, assurant son héritage à cette condition, et à cette condition seulement. Les alternatives d'acceptation et de refus se trouvent rythmées pour la malade, sur le plan somatique, par des alternatives de constipation et de débâcle diarrhéique, entraînant bientôt phobie et anxiété à l'égard des fonctions digestives.

Cette situation conflictuelle paraît être la reviviscence d'une situation conflictuelle infantile : en effet cette malade a été élevée et choyée par sa mère seule, dans des conditions misérables cependant, jusqu'à l'âge de huit ans. La malade étant âgée de huit ans, sa mère se marie et si cette union amène l'aisance au foyer, elle se traduit pour l'enfant, par une perte d'affection, une rupture de l'entente étroite entre la mère

et la fille. Cette dernière est jalouse de son beau-père qui la rudoie et plus encore, la fait battre par sa mère.

Elle se mariera tôt par lassitude mais le mari alcoolique et brutal, ne la rend pas heureuse. La mort de la mère lui donne la charge supplémentaire de son beau-père. entre ces deux hommes, s'entendant bien pour boire et paresser, elle mène à proprement parler une vie infernale, travaillant avec acharnement pour subvenir aux besoins de tous.

Chez cette malade, la mort d'une tante maternelle et les difficultés qui en sont résultées ont fait revivre la situation infantile de perte de l'objet aimé (la mère). L'agressivité dirigée contre celle-ci au moment de son remariage, s'est dissipée après introjection de l'objet contre la malade elle-même.

Lors du décès de la tante, l'offre de l'oncle lui rappelle la cohabitation avec le beau-père, et le syndrome dépressif se déclenche.

La malade semble donc présenter des sentiments de culpabilité et d'auto-punition intenses.

Mais son aboulie, ses gémissements perpétuels sont à leur tour une offensive, une agression à l'égard du mari et de la fille.

Le cercle sado masochique est donc ainsi refermé.

Mademoiselle C..., est âgée de quarante-sept ans est hospitalisée pour la troisième fois pour « syndrome délirant à poussées mystiques. Angoisses. Hallucinations visuelles et génitales. Illusions. Interprétations.

Vie congréganiste, tolérance médiocre. Après une bouffée polymorphe en 1943, vie familiale étriquée, conditions économiques médiocres ».

Le père de la malade meurt pendant la guerre de 1914. Sa mère se remarie, lorsqu'elle avait sept ans, et, a, d'une deuxième union, quatre enfants.

M^{lle} C... garde l'impression d'avoir été malheureuse, d'avoir eu moins d'affection que les autres. Dès lors elle est très possessive et exclusive, et tolère mal la frustration.

Depuis l'âge de treize ans, elle se reconnaît une vocation religieuse.

Elle entre au couvent à vingt-deux ans.

Elle arrive ainsi à sublimer son exigence affective.

Tout se passe bien les deux premières années, d'autant qu'elle est prise en considération, de par sa fragilité, par la Supérieure.

Elle se sent alors aimée et comprise.

Deux ans plus tard, la Supérieure change. Elle a alors « vécu dans une contrainte terrible », nous dit-elle. La Supérieure ne l'aimait pas, ne la comprenait pas, lui cherchait querelle.

Elle revit avec la Supérieure la situation de rejet, vécue avec la mère.

Le mécanisme de la sublimation a échoué, et la malade fait une première bouffée délirante en 1943.

Elle transforme alors sa situation d'infériorité en son contraire, et se pense l'élue de Dieu.

« Un jour j'ai pensé que Notre-Seigneur prenait ma place, que j'étais une autre personne ». La bouffée délirante guérie, elle ne peut plus supporter la vie dans la communauté, et demande le relèvement de ses vœux.

Après quelques échecs de placements (elle se sentait partout incomprise), elle retourne chez sa mère, et s'y adapte favorablement jusqu'au retour des frères et sœurs.

Elle ne peut alors supporter la rivalité et le partage, et quitte le toit familial.

Elle présente alors des crises d'angoisse intense, la phobie de sortir dans la rue.

« J'ai peur qu'un homme veuille abuser de moi, que je me débâte et qu'il me tue. »

Les désirs sexuels sado-masochiques sont trop culpabilisés pour s'extérioriser. La défense est ici phobique.

Peu de temps après, elle présente à nouveau une bouffée délirante qui motive sa dernière hospitalisation.

Celle-ci survient à la suite d'une lettre d'un Père supérieur lui recommandant de renouveler ses vœux, et lui disant que le Sauveur voulait l'unir à elle pour sauver le monde.

Elle dit alors : « Le soir je sentais le Saint-Esprit en moi. J'avais des choses atroces sur la sexualité. J'avais des sensations et de la douleur. Je me touche. Je suis attirée par le Sauveur.

« Le soir je suis dans la joie, je pense que je vais mourir, le matin j'ai une déception. »

« Dans la T.S.F. il me semble souvent entendre sa voix, certains chants d'amour que je mets au spirituel. »

Le délire permet aussi à cette malade de ressentir ses désirs sexuels et d'union intime, sans réticence puisqu'il s'agit de Dieu.

Ainsi la malade était arrivée à se maintenir dans une vie normale par sublimation de ses tendances. Lorsque la frustration est devenue trop forte et a ravivé le sentiment de rejet et d'infériorité vécu au milieu de ses frères, elle n'a eu que la ressource du délire, et de la transformation en sens contraire.

* *

Il est possible de considérer que chaque malade, guérie ou améliorée, se situe en face du monde extérieur suivant le syndrome qu'elle a présenté, l'analyse existentielle ajoutant une dimension de plus à l'étude clinique.

A l'inverse, on pourrait croire que le trouble n'est pas primitif mais découle d'un changement dans la vision du monde, d'une nouvelle manière d'être.

Au cours des phénomènes morbides l'existence avait pris une résonance gaie ou triste, comique ou tragique. Il faut que la malade, au sortir de sa crise, retrouve la note juste, celle du « présent ici-là, maintenant ».

Pour la mélancolique, c'est seulement au décours de l'accès que l'avenir cessera d'être barré par l'idée d'un châtement imminent, inexorable, et qu'elle pourra échapper à cette fatalité pour rétablir des relations familières et significatives avec la réalité présente, revivre et s'employer à coordonner les fins pratiques de son existence concrète.

La névrosée, la schizophrénée qui ont exprimé et symbolisé dans leurs symptômes des situations internes et archaïques, retrouvent, avec l'atténuation de leur affection, les difficultés vitales, non résolues, de leur situation présente, n'arrivent plus à trouver un sens à leur vie, se sentent « étrangers sur la terre », dans le monde réel, bien moins présent à leurs yeux que le monde imaginaire.

La délirante a vécu dans une tonalité pénible cette relation anormale entre sa propre réalité et celle du monde extérieur. Elle ne parvient pas à s'expliquer les causes de cette étrange communion. Elle peut rester marquée par cette expérience incommunicable.

Chaque malade a le sentiment d'avoir éprouvé quelque chose d'irréparable et d'ineffaçable « on ne peut faire que ça ne soit pas ».

Elle ne comprend pas pourquoi c'est à elle que c'est arrivé. En ce cas il s'agit souvent d'une malade atteinte pour la première fois, se croyant jusqu'alors à l'abri de troubles mentaux.

Ce désir de rejet, de négation est illogique et passionné : nier la maladie c'est la supprimer, la rendre au néant, c'est aussi conjurer le retour de troubles analogues.

L'hospitalisation a été vécue de façon culpabilisante. Il en résulte une angoisse, une souffrance d'autant plus profonde que la malade a davantage retrouvé sa lucidité et s'inquiète de se sentir coupable d'une faute qu'elle n'a pas commise.

La maladie mentale entraîne toujours, une altération du Moi — au moins passagère —. Il y a eu lutte entre l'adhérence du sujet à la maladie et les îlots d'intégrité psychique subsistant.

A la sortie il faut rétablir des ponts, des liaisons entre ces îlots pour reconstituer une trame de vie unie, rétablir la continuité entre le moi antérieur au trouble et celui, modifié, qui subsiste.

C'est dans la mesure où une malade pourra accepter que sa personnalité soit changée, ait évolué et ne redevienne jamais « comme avant » qu'elle retrouvera avec le temps une nouvelle identité, un nouveau mode de vie et d'épanouissement, qu'elle pourra dépasser les difficultés familiales et sociales et atteindre enfin un équilibre,

CONCLUSIONS

La réinsertion sociale, comme les risques de rechute des malades mentaux guéris ou stabilisés, varie en fonction des facteurs familiaux ou sociaux et plus encore des conditions personnelles et des structures caractérielles.

Dans un service de femmes de 240 lits, ouvert il y a dix-huit mois, en septembre 1956, couvrant un secteur industriel et rural, nous avons eu un chiffre global de sorties dont la répartition géographique s'établit ainsi :

- 183 malades sont retournées dans un centre urbain important ;
- 61 malades sont retournées dans un village ;
- 24 malades sont retournées dans un petit bourg ou ou une ville de 2 à 30.000 habitants.

Les 312 entrées du service se divisent en :

- 184 cas récents ;
- 138 cas anciens.

Nous entendons par malades récentes celles dont l'état mental n'avait jamais nécessité d'hospitalisation antérieure à septembre 1956.

Parmi les 184 malades récentes :

- 135 sont sorties et n'ont pas présenté de rechutes depuis dix-huit mois ;
- 29 ont présenté une rechute qui a été jugulée rapidement et ont repris leurs occupations ;
- 20 sont tombées malades à nouveau à diverses reprises depuis dix-huit mois, et sont encore dans le service.

Parmi les 138 malades anciennes hospitalisées depuis un temps variable mais dans tous les cas supérieur à 18 mois :

- 33 sont sorties et n'ont pas présenté de récurrence de leurs troubles ;
- 78 qui avaient déjà connu une ou plusieurs hospitalisations antérieures ont rechuté à nouveau.

Pour les difficultés de sortie et les chances de maintien au

dehors nous voyons donc que l'ancienneté des troubles intervient au premier chef.

- 135 malades récentes sont sorties sans rechute
- et 33 malades anciennes seulement.

En effet, les premières ont pu reprendre leur place dans leur famille, leur milieu de vie ou de travail parfois au prix d'une diminution de leur personnalité, en acceptant une situation de dépendance, mais sans que cet amoindrissement déclenche chez elles de nouveaux troubles.

Pour les secondes, isolées, le seul mode de sortie, dans 2/3 des cas fut l'hospice. Malheureusement, les hospices ont des possibilités d'accueil réduites ; l'hiver ils sont surencombrés et si l'été les rend plus disponibles, il les trouve aussi plus réticents à l'égard des malades mentaux.

Les difficultés familiales influent de façon notable.

On trouve des conflits conjugaux dans 1/3 des cas ayant présenté des rechutes et chez 1/10^e seulement des malades n'ayant pas présenté de rechutes

La mésentente familiale avec les parents, les enfants, les frères et sœurs joue aussi :

- dans 1/3 des rechutes ;
- dans 1/10^e des sorties réussies.

Par contre, une famille trop dévouée mais hyperprotectrice, étouffante, déclenche la maladie, mais permet plus aisément une sortie.

On rencontre aussi des schizophrènes ou des déprimées post-ménopausiques qui peuvent se maintenir au dehors grâce à la tolérance extrême du milieu familial jusqu'au moment où la malade veut échapper à ce tuteur qui l'épaule et qui la lie et ne parvient pas à manifester son indépendance autrement que par une rechute, un refuge dans la maladie.

A l'inverse, il arrive qu'une malade rentre chez elle guérie et découvre en voyant la vie des siens réorganisée sans elle, le sentiment de son inutilité ou même qu'elle se sente rejetée tel un corps étranger.

Parfois, l'isolement, l'absence de tout cadre affectif est total. Cependant, 1 malade sur 8, bien qu'isolée, parvient à se maintenir à l'extérieur, soit que son groupe professionnel puisse lui donner l'impression d'être entourée, utile, soit que l'attachement à son milieu de vie, son quartier, sa demeure, lui permette une petite vie stable, équilibrée, sans heurts.

Les conditions sociales de sortie sont dominées par la réprobation qui s'attache encore trop souvent à la maladie mentale. De plus, la disparition de collectivités très stables avec structure

patriarcale, à prédominance rurale ou artisanale, la mécanisation, le mode de travail à la chaîne ont élevé le seuil de tolérance à l'égard du malade mental et rendu plus difficile les chances de reclassement professionnel.

On réemploie encore l'ancien ouvrier malade à la campagne, à condition que son rendement soit suffisant, mais bureaux, administrations, petites entreprises, industries le rejettent comme un déchet.

Le retour aux mêmes conditions de milieu avec la fatigue liée aux difficultés d'argent, de logement, de travail, précipite les rechutes dans 1/3 des cas.

Quant au problème difficile des inadaptés sociaux de tous ordres : arriérés, délinquants, malades âgés atteints d'une affection organique ayant entraîné une bouffée confuso-anxieuse vite réduite, nous les éliminerons du cadre proprement dit des malades mentaux. L'hôpital psychiatrique où il sont encore trop souvent amenés ne leur convient en aucune façon, n'est pas à même d'assurer leur rééducation, ni leur reclassement.

Il conviendrait de les aiguiller vers d'autres modes d'assistance mieux adaptés.

Il existe un groupe important de malades (2/3 des rechutes pour les malades récentes, 1/3 des rechutes pour les malades anciennes) dont les difficultés de sortie sont irréductibles à des facteurs exogènes. Si elles existent, les difficultés paraissent la conséquence de traits névrotiques préexistant à la première maladie, renforcés par la régression affective, et le bouleversement de la personnalité déclenché par l'épisode morbide.

Ce personnage que les circonstances familiales, sociales ou professionnelles nous amènent à jouer et auquel se réduit bien souvent notre personnalité ne parvient plus à se détacher de l'intérêt qu'il porte à lui-même, à s'intéresser à la vie des autres, au monde réel qui l'entoure.

La maladie lui a fait prendre conscience de sentiments, d'instincts, de pulsions qui se sont assoupis avec les traitements, mais de ce monde imaginaire il guette le réveil avec effroi et curiosité tout ensemble.

Ce malade, égoïste, replié sur lui-même, menant une vie confinée, incapable de se réadapter au dehors sera plus ou moins vite rejeté par les siens.

La nature des troubles présentés permet aussi de prévoir les obstacles à la sortie et de mesurer les risques de récidence.

Les divers syndromes sont plus ou moins tolérés par l'entourage.

Les déprimés rechutent après un temps de latence variable,

souvent réduit. Peut-être dans certains cas la sortie a-t-elle été prématurée ?

Sur 74 malades ayant dû être hospitalisées à plusieurs reprises pour des états dépressifs :

- 13, soit 1/6^e reviennent moins de 15 jours après leur sortie ;
- le 1/4 revient moins de trois mois après ;
- le 1/6^e moins de 1 an.

Dans 5 cas seulement sur 74 l'intervalle libre a été de plus de cinq ans.

En effet, les mélancoliques, malgré leur tristesse et leur asthénie, sont acceptées par leur famille tant qu'elles parviennent à s'occuper un peu, mais dès qu'elles cessent toute activité ou plus encore qu'elles expriment quelques idées de suicide, l'hospitalisation suit immédiatement.

Les états anxieux, incapables de se réadapter au dehors, liquident mal leur vertige de la sortie et rechutent dans les jours ou les semaines qui suivent.

Les hypocondriaques, alléguant de multiples malaises, sont souvent l'objet d'une sollicitude inquiète jusqu'au jour où la famille ne croit plus à l'organicité des troubles invoqués. Le sentiment de culpabilité qui découlait de leur impuissance à soulager leurs maux se transforme alors en agressivité contre les malheureux « malades imaginaires ».

Les obsédées sont tolérées difficilement, elles donnent par leur répétition incessante des mêmes gestes, leurs manies, une impression de comédie. On ne les croit pas malades, mais paresseuses, on fait appel à leur volonté, et on se lasse vite de répéter toujours les mêmes reproches ou les mêmes encouragements.

Tant qu'elles ne font pas de crises à grand spectacle les hystériques sont mieux supportées en raison de leur plasticité. Souvent, elles savent jusqu'où elles peuvent aller et quelles limites il convient de ne pas dépasser pour ne pas pousser leur famille à bout.

Quant aux délirantes, maintenant que les traitements neuroleptiques atténuent leur sthénicité et leurs revendications elles peuvent se maintenir au dehors pendant longtemps sans que l'entourage prête attention à elles si elles expriment sur un mode dénué d'émotion des idées bizarres, extravagantes ou fantastiques.

De même les schizophrènes, à condition qu'elles ne manifestent ni opposition farouche, ni impulsions, peuvent demeurer à l'extérieur en dehors des poussées aiguës.

Ainsi, la personnalité, le « moi » du malade, même dans les cas où il est diminué, pourvu qu'il reste malléable, qu'il ne tranche pas trop sur le comportement grégaire, sera accepté et le serait plus encore si l'on pouvait mettre sur pied de façon efficace une aide financière aux familles gardant leurs malades.

Dès le début de l'hospitalisation il convient donc de dresser un bilan complet des facteurs exogènes — milieu familial, liens professionnels, conditions sociales — des facteurs endogènes : la personnalité de la malade telle qu'elle découle des renseignements fournis par l'entourage, l'enquête sociale. Il faut rechercher également si les troubles mentaux paraissent s'intégrer dans le développement d'une personnalité pré-psychotique ou s'ils risquent d'entraîner une nette modification, voire un bouleversement du « Moi » des malades.

Il faut dès ce moment organiser la sortie en essayant d'agir sur les causes défavorables, gagner du temps, obtenir un séjour en maison de repos pendant lequel on pourra trouver du travail, un logement.

Il est nécessaire d'orienter les activités des malades en fonction de leurs occupations futures.

Il importe enfin de ménager des transitions entre la vie asilaire et la reprise de la vie normale : nous voudrions insister sur le rôle des sorties d'essai fréquentes, de durée variable, qui permettent d'éviter une rupture complète entre le malade et son cadre de vie.

Il faut qu'une Assistance extra-hospitalière souple, efficace, prenne en charge le reclassement des travailleurs handicapés, en obtenant la création d'emplois légers ou à mi-temps, rende possible le traitement des bouffées aiguës, des épisodes paroxystiques ou transitoires, fonde des clubs, des homes d'accueil pour les malades sorties, des hôpitaux de jour pour celles qui éprouvent le besoin d'un repos, d'une détente, d'un traitement plus actif.

Les diverses organisations de l'Hygiène Mentale doivent compléter et épauler le travail hospitalier et permettre d'améliorer les conditions de sortie, de réduire le nombre des hospitalisations et de diminuer encore les risques de rechute.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
DELAY

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- BENOISTON (J.). — Internements évitables. (*Information Psychiatrique*, avril 1957, n° 4.)
- BIERER. — The Day Hospital 1951. (H.K. LEWIS and C° Ed.)
- BLANDIN (J.). — Le vertige de la sortie. (*Thèse*, Paris, 1951.)
- BLUMENTHAL (K.). — Le problème sociologique du malade mental. (*Hygiène mentale*, 1951, n° 1.)
- BOMRAFIT, EY, FOLLINS (H.), LACAN (J.) et ROMART. — Le problème de la psychogénèse des névroses et des psychoses. (*Disc. Bonneval*, 1946, D.D.B. éd., Paris, 1950.)
- DAUMEZON (G.). — L'enracinement. (*A.M.P.*, 1942.)
- DAUMEZON (G.). — Le vertige de la sortie. (*A.M.P.I.*, 1947.)
- DAUMEZON (G.), TOSQUELLES (F.), PAUMELLE (Ph.). — Le fonctionnement thérapeutique (*Encycl. méd. chirurg.*, 37.930, A. 20.)
- DUCHÊNE (H.), LE MAFFIAN (H.), ROUMAGON (Y.). — Influence du milieu. — Réactions aux conflits internes, aux émotions et aux situations vitales. (*E.M.C.*, 37.710, A 10.)
- DELAY (J.). — Les Dérèglements de l'humeur. (*Presses Univ. France*, éd., Paris, 1946.)
- FERDIÈRE (G.). — Note préliminaire sur les « psycho névroses » de neo responsabilité (*A.M.P.*, mars 1940, 98, n° 1.260-264.)
- EY. — La mélancolie. Etudes psychiatriques. (D.D.B. éd., Paris, 1954, 3.)
- LECONTE et HALPERN. — Etude positive des principaux problèmes que pose la sortie des malades mentaux internés. (*A.M.P.*, 1955, II.)
- LE GUILLANT. — Introduction à une psycho-pathologie sociale. (*Evolution psychiatrique*, janv.-mars, 1954, fasc. I, 1-52.)

- MIGNARD. — La pratique de la psychothérapie au dispensaire d'hygiène mentale. (*Congrès*, Paris, 1925.)
- MIRA (E.). — Le rôle des conditions sociales dans la genèse des troubles mentaux. (Rapport au II^e Congrès Internat. d'Hyg. mentale, Paris, juillet 1937.)
- PARCHAPPE. — Recherches statistiques sur les causes de l'aliénation. — La prédominance des causes morales dans la génération de la folie. (*A.M.P.*, 1843.)
- PATEL. — Contribution à l'étude de la Socio pathologie des affections mentales en rapport avec les difficultés de la vie. (*Thèse*, Paris, 1939.)
- PAUMELLE. — Assistance extrahospitalière. (*Encycl. méd. chirurg.*, 37-9-50, A 20.)
- FOLLIN (S.). — Le processus de dépersonnalisation. (Rapport au I^{er} Congrès mondial de Psychiatrie, 1950. Hermann, éd., Paris, 1952.)
- FREUD (A.). — Le Moi et les mécanismes de défense. (Hogarth Presse édit. Londres, 1937. Trad. française. Presse Univ. France, édit., Paris, 1950.)
- SIVADON (P.). — L'assistance extra hospitalière. Vers une assistance extra hospitalière efficace. (*A.M.P.*, 1947, I.)
- SIVADON (P.). — Conditions générales de l'assistance et de la législation psychiatriques en France. (*E.M.C.*, 37-910, A 10.)
- TAILLARDAT. — (*Thèse*, Paris, 1943.)
- VIE (J.). — A propos de l'augmentation du nombre des aliénés. — Le seuil de résistance psychique et les difficultés de la vie. (*Congrès Inter. Hyg. Mentale*, 1937. *Comptes rendus de Paris*, 1937, 1.432.)
- VIE (J.). — Chômage et psychopathies. (*A.M.P.*, 1942, 100, n° 1.)

